

SERGE TRACY

Transfert & Contre- transfert

PSYCHO
CONCEPT



LA RELATION
PATIENT/THÉRAPEUTE

CONCEPT
jouvence
EDITIONS

VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

SERGE TRACY

Transfert & Contre-transfert

LA RELATION
PATIENT/THÉRAPEUTE



CONCEPT
jouvence
EDITIONS

Du même auteur

Tracy, Serge, De psychologue à psychotique, l'homme derrière les étiquettes, Les Éditions Québec-Livre, 184 p., 2014.

Catalogue gratuit sur simple demande

Éditions Jouvence

Rue François-Perréard 20 - CP 227

1225 Chêne-Bourg — Suisse

Site internet : www.editions-jouvence.com

Mail : info@editions-jouvence.com

© Éditions Jouvence, 2016

© Édition numérique Jouvence, 2016

ISBN : 978-2-88905-397-1

Maquette et réalisation de couverture : Atelier Didier Thimonier Mise en pages : Virginie Cauchy

Tous droits de reproduction, traduction et adaptation réservés pour tous pays.

*À Brigitte Soucy, Pierre Thivièrge
et Solange Morneau*

SOMMAIRE

Présentation de la collection

La règle des 3

Introduction

Comprendre l'importance du transfert en psychothérapie

- La conception d'un transfert : un phénomène humain

- Le rôle du transfert

- Une occasion de réparation : Carpe diem !

- Illustration d'un début de transfert

Apprivoiser le concept de contre-transfert

- C'est quoi, un contre-transfert ?

- « Résonner » et « raisonner » un contre-transfert

- L'outil par excellence du psychothérapeute

- Des manifestations contre-transférentielles chez le thérapeute

- La nécessité d'une supervision

Le cadre de travail

- Le rôle du cadre de travail

- Des outils nécessaires pour le psychothérapeute

- Encadrer une dynamique de transfert/contre-transfert

La fonction thérapeutique

- Le gardien des enjeux du transfert/contre-transfert

- L'« agir », ou des scénarios catastrophes

- La *catharsis* et la capacité *d'insight*

- Le comportement thérapeutique, ou savoir donner l'exemple

- Une psychothérapeute expérimentée face à une supervision nécessaire

La dynamique du transfert/contre-transfert dans la construction de l'espace thérapeutique

Une question d'espace et de temps

Conclusion

Bibliographie

Glossaire

Notes

LES CONCEPTS JOUVENCE

« **C**oncept : représentation mentale, générale et abstraite d'un objet ou d'une idée » selon la définition du Petit Robert.

C'est ainsi que Jouvence a baptisé cette nouvelle collection qui a pour ambition d'expliquer des « concepts » afin de vous **donner des repères** qui vous **aideront à l'action dans votre quotidien**.

Dans un monde où l'information est surabondante et incessante, il est souvent difficile de prendre du recul, de retourner justement au « concept » pour **retrouver du sens**, de se poser la question du « pourquoi ? », tellement nous sommes submergés par le « comment ? »

Notre objectif est donc de vous donner les bases pour ouvrir les yeux sur le monde, de vous poser les bonnes questions et d'y apporter des réponses, *vos réponses*, par une interrogation lucide pour porter un regard éclairé sur vous, sur vos relations, et sur le monde.

L'effort est mis sur la forme avec des icônes qui vous guident au long de votre lecture, mais aussi et surtout sur le fond avec des textes concis et structurés pour aller à l'essentiel avec des mises en évidence graphiques.

Nos livres se veulent brefs car, en parodiant Boileau : « Ce qui se conçoit clairement s'énonce brièvement ! »

La philosophie définit et propose des concepts pour qu'ils nous aident à vivre en cohérence : nous posons les bonnes questions et sommes l'auteur des réponses que nous apportons. C'est pourquoi vous trouverez au fil des pages des

interrogations, des interpellations. **Les réponses seront bien souvent en vous.**

Charlène Guinoiseau et Jacques Maire

La « règle des 3 »

Comme dans tous les ouvrages de la collection « Concept Jouvence », nous allons aborder notre sujet en vous proposant 3 mots-clés, 3 citations et 3 conseils destinés à faciliter votre approche des phénomènes de transfert et contre-transfert.

Transfert et contre-transfert en 3 mots

Afin de circonscrire le principal concept qui relie les nombreuses notions abordées dans ce livre, j'utiliserai les 3 mots suivants : « **théâtre** », « **rôles** » et « **réparation** ». Vous aurez tôt fait de constater que l'enceinte thérapeutique n'est pas très différente de celle d'un théâtre, mais, au lieu de *répéter* une *mise en scène*, l'enceinte thérapeutique vise davantage à *réparer* des enjeux que le patient¹ a tendance à *répéter* ou à *reproduire* dans ses relations interpersonnelles significatives, ce qui lui cause blessures, douleur et souffrance.

L'espace thérapeutique, que nous aurons l'occasion de décrire et de définir plus amplement plus tard, correspond à un lieu de *réparation* qui autrement ne serait pas thérapeutique. Mais ça n'est pas si simple, car certaines dimensions des mondes émotionnel, affectif et cognitif font parfois obstacle à la possibilité de réparer un traumatisme quelconque. En outre, certaines blessures sont pour ainsi dire irréparables.

Le contexte de la psychothérapie demeure thérapeutique à partir du moment où, par ses interventions, le psychothérapeute dirige le patient vers l'acceptation ou la résilience face à cette situation irréparable (blessure,

traumatisme, idéaux, etc.). On dira alors que le patient s'en tire à meilleur compte en « apprenant à vivre avec »... « Apprendre à vivre avec », c'est parvenir tantôt à supporter une douleur, une perte, le renoncement par rapport à un besoin, à un intérêt, à une identité comme à une étiquette, tantôt à apprivoiser une angoisse, une insécurité, etc.

Transfert et contre-transfert en 3 citations significatives

Voici 3 citations qui illustrent bien certaines explications que vous découvrirez à l'intérieur du présent ouvrage :

1.

« Ainsi procède l'analyse : dès qu'elle ouvre des routes dans l'inconscient du patient, son passé (dans ses aspects conscients et inconscients) est graduellement ravivé. Par-là est renforcé son besoin de transférer les expériences, les relations objectales et les émotions initiales, et elles se focalisent sur l'analyste ; ce qui implique qu'aux prises avec les conflits et les angoisses réactivés, le patient fait usage des mêmes mécanismes et des mêmes défenses que dans les situations antérieures². »

Melanie Klein (1951)

2.

« Tout comme l'ensemble des images, des sentiments et des pulsions de l'analysant envers l'analyste, en tant qu'ils sont déterminés par son passé, est appelé névrose de transfert, de même l'ensemble des images, des sentiments et des pulsions de l'analyste envers l'analysant, en tant qu'ils sont déterminés par son passé (comprenant son analyse), est appelé contre-transfert, et son expression pathologique pourrait être désignée comme

névrose de contre-transfert³. »

Heinrich Racker (1968)

3.

« J'ai été frappée par la croyance répandue parmi les candidats (analystes) que le contre-transfert n'est qu'une source de problèmes [...]. Ma thèse est que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient dans la situation analytique représente l'un des outils les plus importants pour son travail⁴. »

Paula Heimann (1949)

Ajoutons 3 petits conseils de l'auteur

1. D'abord, **ne vous laissez pas rebuter par le caractère solennel du thème et des enjeux rattachés à la dynamique du transfert/contre-transfert**. La plupart des notions nouvelles ou qui peuvent vous apparaître plutôt délicates feront l'objet d'une définition ou d'éclaircissements tout au long du volume.
2. Ensuite, je vous suggère de **lire le livre du début à la fin**, sans quoi vous risquez de manquer certaines explications nécessaires. Cependant, vous pouvez arpenter le texte à votre guise afin d'y rechercher une définition, par exemple.
3. Enfin, si une partie de l'ouvrage vous paraît nébuleuse et vous rebute, tentez d'abord de **noter l'essentiel de ce que vous en comprenez**. Lorsque vous parvenez à en saisir le sens, faites-vous un résumé afin de ne pas buter plus tard sur la même partie du livre. Personnellement, j'ai réalisé une bonne partie de mes études supérieures en faisant des résumés du matériel le plus ardu, puis je procédais ensuite à l'écriture d'un condensé de ce résumé afin d'avoir une compréhension plus nette des notions à l'étude. Enfin, lorsque je parvenais à maîtriser davantage le concept condensé, je le résumais une dernière fois, et, à ce

moment, je le possédais bien en mémoire.

Introduction

Ce livre porte principalement sur les interrelations dynamiques qui existent entre le transfert psycho-affectif et cognitivo-comportemental d'un patient en lien avec le contre-transfert de même nature induit chez le psychothérapeute. Nous verrons qu'en psychothérapie les enjeux des *théâtres* du patient *mis en scène* au sein de la production d'un transfert sur la personne du psychothérapeute, de même que sur les fonctions du cadre de travail et de l'enceinte thérapeutique, ne doivent pas être négligés. **C'est en effet par le transfert du vécu souvent souffrant du patient que le psychothérapeute peut parvenir à identifier l'état des blessures, afin qu'elles ne soient pas répétées, mais plutôt réparées.** La construction d'un espace thérapeutique doit réparer plutôt que répéter les enjeux contenus dans les différentes implications d'un transfert faisant *écho* dans le contre-transfert du thérapeute.

Je m'attarderai ici à décrire et à expliquer le plus grand nombre d'implications relatives à cette interaction dynamique. Trop peu de gens malheureusement possèdent de bonnes connaissances sur ce phénomène que nous vivons pourtant au quotidien dans nos relations significatives. Plusieurs diront que cette thématique est difficilement accessible compte tenu du fait qu'elle réfère généralement à des considérations théoriques et pratiques découlant d'explorations psychanalytiques. J'ai cette préoccupation à l'esprit, alors je vais m'efforcer de vulgariser autant que faire se pourra cette interaction dynamique constamment en mouvement, en ayant le souci de bien détailler et expliquer les éléments en jeu. En revanche, je ne peux affirmer que ce sujet ne sollicitera que peu d'efforts de votre part. Nous partagerons donc vous et moi l'objectif de parvenir à une clarification de ce phénomène passionnant.

J'illustrerai mon propos d'exemples tout au long de ce qui constitue à mes yeux la captivante exploration de la dynamique dyadique du transfert et du contre-transfert. Ceux qui ont déjà quelques notions psychodynamiques de base pourront tirer un grand parti de ce volume, qui se veut une introduction en la matière. Pour être transparent dans ma démarche, je dois préciser que j'espère intéresser puis initier certains intervenants à d'autres approches thérapeutiques, comme le cognitivo-comportementalisme, l'existentialisme et l'humanisme, ainsi que les approches systémiques et transactionnelles, entre autres. Pour ma part, je considère qu'il est possible d'accueillir ce phénomène au sein de n'importe quelle approche thérapeutique, de la psychiatrie au salon de kinésithérapie.

D'abord, que nous le voulions ou non, nous reproduisons constamment des schémas interrelationnels, à l'image de ceux que nous portons dans notre bagage de vie. Chaque jour, nous exprimons des émotions, des sentiments, des attitudes, des comportements, des préjugés à travers nos valeurs, nos croyances, nos rêves, nos aspirations. Nos projets de vie sont d'ailleurs teintés des couleurs de notre existence, spécifiques à chacun. Selon que nous avons été déçus, frustrés, blessés, martyrisés par le passé, nous reproduisons certains types de transferts émotionnels, affectifs, psychologiques, cognitifs et comportementaux. Mais nous ne réparons que très rarement nos souffrances, nos blessures liées à des pertes significatives, à des « bris de loyauté » de la part de nos proches, à des trahisons, à un manque de reconnaissance ou à toute autre carence ou déception – nous les *répétons* ! Ces blessures nécessitant des deuils (perte, abandon, déracinement, etc.) ou impliquant des bris de loyauté ou même des trahisons, ou encore des blessures de rejet, d'infidélité, etc., nous les *répétons* comme au *théâtre*, où l'on *rejoue* des *scènes* orchestrées par des *scénarios* ; les *scénarios* mis en œuvre par notre cerveau sont téléguidés par nos souffrances émotionnelles, affectives, psychologiques, etc. – souffrances qui ne nous sont que trop familières et que nous ne nous étonnons pas de revivre *ad nauseam*. Souvent,

nous nous confortons dans l'idée d'un sort qui nous serait réservé en réactivant les vieilles blessures, en *répétant* la souffrance. Ne dit-on pas parfois que nous nous « faisons des films » ? Je crois que toute forme de psychothérapie qui se respecte doit tenir compte de la présence habituellement manifeste de ce transfert du patient, nécessairement actif à l'intérieur de l'enceinte thérapeutique.

Pour sa part, le psychothérapeute s'inscrit en position soit de réaction, soit de rationalisation ou de réflexion devant ce transfert qui agit parfois sur lui-même de façon étonnante. J'illustre plus loin les détails de cette implication thérapeutique incontestable. Ce phénomène qui se manifeste au cœur de chaque situation psychothérapique devrait être systématiquement pris en compte.

Maintenant, pourquoi ce titre : *Transfert et contre-transfert. La relation patient/thérapeute* ? Premièrement, même si ces termes (« transfert » et « contre-transfert ») sont de plus en plus utilisés dans notre discours contemporain, ils sont parfois galvaudés et ne sont pas toujours employés à bon escient. D'autre part, ce titre laisse entendre combien il est important de créer et de générer un *approfondissement thérapeutique* en tenant compte de cette interrelation dynamique du transfert/contre-transfert, qui provoque dans le *trait d'union* de la relation thérapeutique une occasion de réparation des blessures et de la souffrance que le patient répète à travers ses liens les plus importants (parents, conjoint, amis, collègues de travail et subalternes, etc.). Il s'agit donc d'une exploration des enjeux du transfert/contre-transfert en relation avec la construction de l'*espace thérapeutique* qu'on élabore naturellement entre autres au cœur des psychothérapies psychodynamiques. D'ailleurs, nous semblons avoir une tendance à rattacher le transfert et le contre-transfert quasiment exclusivement à l'approche psychanalytique et aux psychothérapies analytiques ou dites « psychodynamiques », alors que ce phénomène est toujours présent, quelle que soit notre approche de prédilection.

Ce livre s'adresse en premier lieu aux personnes qui

s'intéressent aux implications thérapeutiques du transfert et de la notion moins bien connue de contre-transfert en psychothérapie. Il présente des considérations psychologiques évidentes et soulève des questions d'ordre philosophique pouvant intéresser de près des étudiants ou des professeurs évoluant dans les milieux de la psychologie et de la philosophie. Aucun prérequis n'est indispensable à la lecture et à la compréhension du phénomène que nous allons explorer dans le présent ouvrage, mais le néophyte y éprouvera certes plus de difficultés que le professionnel.

Notre exploration débute par la définition des termes *transfert* et *contre-transfert*, ainsi que de leurs fonctions au sein de la psychothérapie. Il s'agit ici de répondre de la façon la plus accessible mais complète aux questions « C'est quoi, un transfert ? », « C'est quoi, un contre-transfert ? ». L'objectif est d'envisager ces concepts de façon théorique certes, mais aussi de façon pratique et concrète.

Autre objectif de ce livre : élaborer un cadre de travail adéquat permettant de construire un espace thérapeutique qui offre la capacité de *contention* qu'exige le sain déploiement de la dynamique du transfert/contre-transfert. Nous allons ensuite bien circonscrire ce qui différencie la notion de relation *thérapeutique*, c'est-à-dire réparatrice, des autres types de relations humaines du patient dans son environnement immédiat. Ces relations, n'ayant pas pour objectif de réparer des blessures, des conflits ou d'autres sources de souffrance, génèrent trop souvent la répétition de « patrons » comportementaux au lieu de les réparer par une lecture génératrice d'un nouveau sens, d'une nouvelle compréhension qui permettra au patient d'envisager différemment ses blessures et sa souffrance.

Après avoir présenté les différents outils indispensables à l'élaboration de ce *cadre contenant*, je souligne non seulement l'importance du cadre de travail, mais encore le rôle et la nécessité de ce cadre de travail en psychothérapie. Notre exploration se poursuivra par la définition de ce qui correspond à une véritable *fonction thérapeutique*, ainsi que de

son rôle dans l'élaboration de la dynamique du transfert/contre-transfert chez le patient et son psychothérapeute. Puis je terminerai en situant bien la place du transfert/contre-transfert au sein de la construction de l'espace thérapeutique.

I.

Comprendre l'importance du transfert en psychothérapie

Le transfert se répète naturellement à l'intérieur de toute relation significative. La psychothérapie veut en dégager une occasion de réparation au lieu de répétition des « patterns » affectifs et comportementaux.



Quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée, l'*embryon* d'un transfert est déjà actif chez le patient avant même qu'il se rende à son premier rendez-vous. Ce *germe* du transfert à venir qui sera déployé dans le lien entre ce patient et son thérapeute contient des matériaux émotionnels, affectifs, pulsionnels et cognitifs.

Cet *équipement* ou ce *bagage* est chargé du sens que prennent tous les enjeux liés à l'histoire du patient. Dans la réalité complexe de ce patient, on trouve des matériaux plus ou moins entremêlés et enchevêtrés qui sont cognitivement difficilement représentables à son propre esprit. Le patient porte en lui une variété d'activités mnémoniques plus ou moins inconscientes relatives à des matériaux accessibles à sa conscience, **mais ces souvenirs, ces impressions, ces perceptions, ces interprétations de sa propre histoire ont besoin d'être réactivés pour être mis au jour dans le contexte de la psychothérapie.**

À l'état embryonnaire, la mémoire manifeste de ces matériaux se présente sous la couverture habituellement rustique d'un souvenir-écran psycho-émotionnel et psycho-affectif bercé ou ballotté par le monde pulsionnel et inconscient du patient.



Le souvenir-écran

Un souvenir-écran ne correspond pas à un souvenir singulier lié à un événement défini. Le souvenir-écran comporte un scénario et des scènes chargés de symboles et de sens qui peuvent toucher simultanément plusieurs enjeux relatifs à différentes dimensions liées à la personnalité du patient. Ce souvenir-écran peut ainsi parfois contenir un condensé résumant la façon dont le patient est aux prises avec ses

blessures et sa souffrance. On peut ainsi identifier des blessures du passé, mais encore des symboliques touchant des dimensions importantes des « théâtres » du patient. Cette notion de souvenir-écran rejoint en quelque sorte la notion des archétypes selon Jung⁵. Je tiens ici à souligner le caractère déterminant du souvenir-écran, qui nous révèle habituellement toute une série d'éléments au sujet de la trame de fond du futur transfert/contre-transfert. En fait, ces souvenirs sont chargés de sens et de symboles, ce qui nous indique des ressorts susceptibles de réparer certaines blessures et souffrances du patient.

En réalité, le patient porte des matériaux souvent inconscients qui l'incitent à adopter au quotidien certaines attitudes et certains comportements ayant pour *trame de fond* des pensées, émotions, sentiments, désirs, pulsions, valeurs, croyances, préjugés, perceptions, interprétations, convictions, projets, etc. teintés par les principaux enjeux des *théâtres personnels* du patient. Un des objectifs du psychothérapeute sera de **construire un *espace thérapeutique*, donc réparateur, afin que ce patient puisse étayer ses *théâtres personnels* avec des *scénarios* mettant en scène des difficultés rencontrées dans son développement de vie psycho-affectif.** C'est à travers et par le transfert que le patient exprimera – sous la forme d'une narration de son histoire développementale, de ses souvenirs comportant de petits comme de grands *écrans* puis par la transmission de ses désirs, de ses rêves, de ses phantasmes⁶ et encore des fantasmes, mais aussi par des hésitations, lapsus et actes manqués – les blessures et les souffrances qu'il porte en lui et qu'il traduit aussi dans l'« ici et maintenant » de la relation thérapeutique et de ses autres formes de relations significatives. Ces relations significatives seront souvent le cadre d'une reproduction des faits et gestes en lien avec la souffrance et les blessures de ce patient, qui placera dans une psychothérapie l'espoir de faire cesser le manège étourdissant de ces émotions.



Les théâtres personnels

Les expressions liées au monde du théâtre me paraissent correspondre au plus près et au plus juste à la *répétition* que met en œuvre tout au long de son existence un individu à travers ses relations humaines significatives. Par ces multiples répétitions, une multitude d'*actes*, de *scènes* et de *scénarios* cherchent tant bien que mal à trouver leur solution, à se réparer d'une façon non singulière, parce qu'il s'agit ici de traiter les maux d'un « mal à l'âme ». Les mots « théâtre », « actes », « scène », « scénario », « répétition » rendent idéalement compte de la dynamique des interrelations à l'œuvre dans la rencontre du transfert d'un patient et des mouvements contre-transférentiels que présentera son psychothérapeute ; je me réfère donc à eux pour vous décrire des enjeux thérapeutiques capables parfois de générer la « réparation » partielle d'une souffrance et de blessures qui trouvent plus souvent leurs solutions dans un « apprendre à vivre avec... ».

Le transfert est donc toujours présent dans une relation, qu'elle soit thérapeutique ou non. Chaque individu « transfère » à l'intérieur de ses relations interpersonnelles des éléments appartenant à ses *théâtres personnels* qui impliquent des enjeux plus ou moins niés ou refoulés découlant de conflits psychiques internes non résolus.

Ces conflits, souvent inconscients, proviennent habituellement du développement psycho-affectif du patient, en lien avec les personnes significatives de son entourage immédiat. Nous étudierons plus en détail ce mécanisme ici simplifié à l'extrême.



Le conflit psychique interne non résolu

L'appareil psychique comporte entre autres des éléments inconscients contenant différents conflits psychiques qui touchent à des enjeux n'ayant pas trouvé de solution valable durant le développement des stades psycho-sexuels de l'individu (phases orale, anale, phallique, de latence et génitale). Ces conflits psychiques internes peuvent découler de certains traumatismes ou d'une série de traumatismes survenus au cours d'un stade de développement spécifique. Habituellement, ces conflits internes non résolus sont également en lien avec certains enjeux rattachés à l'élaboration de notre structure de personnalité, qui possède un potentiel de développement spécifique selon l'individu : certaines personnes pourront se développer en s'appuyant sur leur prédisposition à déployer un aménagement structurel psychotique, d'autres des états limites, d'autres encore un aménagement de type névrotique.

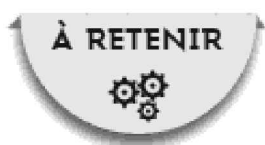
La conception du transfert : un phénomène humain

Le transfert évoque, à la base, le déplacement d'un élément d'ordre psycho-affectif et/ou psycho-sexuel vers une autre personne que celle qu'impliquent les enjeux contenus dans le transfert, généralement conflictuel, et qui se présente sous le couvert de la négation et/ou du refoulement. Un transfert, c'est **la projection d'émotions, de sentiments, de pulsions, d'attitudes et de comportements déplacés sur la personne du psychothérapeute et à l'intérieur du contexte ou de la situation thérapeutique.**

Le patient *rejoue* en quelque sorte les scènes de différents scénarios référant à des blessures et des souffrances vécues

par le passé. Ces *misés en scène* se présentent sous la forme d'une répétition de matériaux plus ou moins inconscients des *théâtres personnels* du patient.

Ces *théâtres* seront souvent introduits derrière un *rideau* de résistances au traitement au cours de la construction de l'espace thérapeutique. Les résistances au traitement, impliquant chez le patient le désir d'y mettre fin, sont souvent des occasions de voir apparaître des enjeux importants qui se cachent derrière le *rideau* de cette intention d'interrompre la thérapie – intention souvent exprimée au moment même où nous sommes sur le point d'éclaircir des enjeux importants des *théâtres* du patient.



Les résistances au traitement

Rappelons que le transfert contient majoritairement des éléments intrapsychiques faisant office de négation ou de refoulement chez le patient, qui résiste à la mise au jour de ses difficultés – souvent liées à des conflits psychiques qui ont fait beaucoup de mal ou même ont causé des ravages par le passé. Procéder à une mise au jour de ces blessures revient à réveiller les douleurs que le patient a connues dans son passé. Ce patient a donc tendance à vouloir mettre fin au traitement *subito presto* plutôt que d'avoir à réactiver cette souffrance du passé, même s'il s'agit de la réparer ou de développer une façon plus harmonieuse et moins douloureuse d'« apprendre à vivre avec ».

Le développement du patient s'est effectué dans plusieurs dimensions, parmi lesquelles les dimensions émotionnelle, affective, psychologique, pulsionnelle et intrapsychique. Ces « thèmes » sont plus ou moins conscients chez le patient, qui les transfère parfois de façon préconsciente, mais habituellement de façon inconsciente. Ces histoires

développementales impliquent, comme nous l'avons vu, des souffrances et des blessures qui se manifesteront bientôt à l'intérieur de la relation thérapeutique, c'est-à-dire qu'elles se répéteront tôt ou tard sous une forme ou une autre, en adoptant divers modes d'expression.

Certains patients transfèrent des blessures, des déceptions, des frustrations et des traumatismes liés à des sentiments de rejet vécus antérieurement. D'autres patients présentent une *répétition* de blessures narcissiques témoignant qu'ils n'ont pas su trouver une source de reconnaissance saine, satisfaisante et gratifiante afin de se valoriser pleinement par eux-mêmes. Ces patients sont donc de façon quasi permanente en quête de gratifications destinées à colmater la brèche de ce sentiment intolérable d'incomplétude qu'ils éprouvent constamment. D'autres patients revivent des blessures de loyauté, accompagnées du sentiment de ne pas être choisis par les êtres significatifs de leur environnement.

Observons par exemple des patients aux prises avec d'importantes blessures narcissiques. Ceux-ci peuvent *rejouer* des *scénarii* impliquant l'impression de ne pas compter pour le psychothérapeute. Ces patients peuvent ainsi dépenser beaucoup d'énergie pour attirer l'attention du thérapeute, en faisant le récit interminable d'exploits qu'ils se féliciteront d'avoir accomplis.

Ces *scénarios* brassent l'estime de soi du patient, qui cherche à plaire, à charmer son psychothérapeute puis à capter toute son attention. Bref, chacun *rejoue* son *théâtre personnel* unique, peint à ses propres couleurs, selon les différentes blessures et/ou conflits psychiques non résolus de son histoire développementale psychosexuelle et psycho-affective.



Le narcissisme

Le narcissisme sain, c'est une bonne estime de soi, de l'assurance, ainsi qu'une facilité à s'exprimer librement en tenant compte des convenances sociales. Être « sainement narcissique », c'est aussi être en mesure de tirer une satisfaction et des gratifications de soi-même, par soi-même. Le narcissisme sain, c'est la tape que nous nous administrons nous-mêmes sur l'épaule quand nous sommes fiers de nous, de nos réalisations, de nos projets, sans attendre que les autres reconnaissent leur valeur.

Le narcissisme pathologique, c'est d'abord le besoin viscéral de capter, souvent par procuration, l'attention de l'autre ou des autres. Avoir un narcissisme malsain, c'est aussi se complaire dans l'attente de gratifications de la part des autres, considérées comme allant de soi. La personne aux prises avec un narcissisme malsain peut se complaire dans le « moi je », c'est-à-dire que l'individu est imbu de lui-même. Souvent, la personne présentant un trait de caractère ou un trouble de personnalité narcissique perçoit et utilise les individus comme des pourvoyeurs, des distributeurs d'argent, de bien-être, de services, d'attentions et de soins, en recourant à diverses formes de manipulation. Lorsque l'autre ne remplit plus ses fonctions de « pourvoyeur », il est tout simplement relégué aux oubliettes ou alors n'obtient plus d'attention de la part de la personne ; la personne plus ou moins narcissique présente parfois une attitude d'indifférence. On peut souffrir énormément d'un narcissisme exacerbé !



Le sentiment d'incomplétude

Certaines personnes éprouvent un sentiment d'être incomplètes et tentent de combler cette incomplétude par

différents moyens. Plusieurs font usage de boissons ou de drogues, mais d'autres essaient de se compléter, comme pour le narcissisme, par le regard ou l'appréciation d'autres individus qui leur accordent une certaine reconnaissance ou une certaine importance. Pour certains, il ne s'agit cependant que d'une illusion temporaire de complétude : le cycle doit être constamment répété pour que l'on éprouve plus ou moins partiellement et temporairement ce pseudo-sentiment d'être soi-même complet.

L'important à retenir dans la conception du phénomène humain qu'est le transfert est qu'il s'agit de la façon dont le **patient *rejoue* son histoire et son vécu à l'intérieur de la psychothérapie, ce qui implique directement le psychothérapeute à titre de personnage sur lequel sera projeté ce transfert, peint aux couleurs spécifiques à chaque patient.** Ainsi, le transfert sera *coloré* différemment selon la structure de personnalité du patient et selon plusieurs autres caractéristiques de sa constitution. Par exemple, les enjeux d'une personne sont *mis en scène* complètement différemment selon que cette personne présente une structure psychotique ou névrotique, ou selon qu'elle entre dans la catégorie des états limites, souffre d'un trouble caractériel psychopathe ou d'un trouble de personnalité schizoïde.



La structure de personnalité⁷

Une structure de personnalité psychotique se désorganise ou décompense habituellement en développant une perte de contact avec la réalité plus ou moins accompagnée de délires et/ou d'hallucinations. Ces hallucinations sont surtout visuelles et/ou auditives, mais elles peuvent se présenter sous d'autres formes sensibles (odorat, goût, toucher ou somesthésie – ensemble des sensations proprioceptives).

Dans le cas des aménagements structurels dits « état limites » par exemple, l'individu sera souvent aux prises avec un clivage de la réalité, qui sera perçue comme tantôt toute blanche, tantôt toute noire. Ainsi, une même relation sera tantôt fusionnelle, tantôt duelle ; la relation d'objet est clivée comme étant soit bonne, soit mauvaise. Pour les personnes en « état limite », une relation significative ne pourra être que partiellement conçue comme à la fois bonne et mauvaise, contrairement à ce qu'on observe du côté des structures de personnalité névrotiques.

Les enjeux névrotiques sont d'un tout autre ordre. Par exemple, pour une névrose obsessionnelle compulsive, on verra apparaître une certaine rigidité au niveau cognitif accompagnée de gestes rituels compulsifs et répétitifs mobilisés par l'angoisse. Habituellement, les névroses ne présentent pas de délires et d'hallucinations. Elles sont plutôt dominées par d'autres émotions, comme la culpabilité, la jalousie, l'angoisse, etc.



Le clivage

Le clivage est un mécanisme de défense qui consiste à percevoir chez l'autre de bons éléments idéalisés ou au contraire des aspects souvent extrêmement mauvais. La personne qui procède à un clivage ne peut que très partiellement concevoir que l'autre puisse être à la fois bon et mauvais. Cela conduit à une distorsion importante dans la perception de la réalité des relations interpersonnelles. Le type de relation marqué par ce clivage de l'« objet » correspond tantôt à une fusion investie d'admiration pour l'autre, qui sera idéalisé, tantôt à une situation de duel contre l'autre, qui est alors perçu comme extrêmement mauvais. Ce sont surtout certains aménagements structurels dits « états limites », comme le trouble de personnalité « borderline », qui utilisent le plus fréquemment ce mécanisme de défense

souvent mal adapté à la réalité.

D'autre part, le transfert du patient ne présente pas les mêmes mises en scène selon que ses mécanismes de défense sont de position « schizo-paranoïde » ou de position « dépressive », d'après le modèle proposé par Melanie Klein⁸. Les défenses de type schizo-paranoïde mettent en scène des scénarios qui seront davantage d'ordre envahissant et persécutant, alors que les défenses liées à l'angoisse et à l'anxiété évoqueront plutôt des enjeux et sentiments rattachés à une culpabilité à l'égard de certaines pensées (*désirs/craintes*) plus ou moins acceptables pour la conscience de l'individu ; le système de défense de ce dernier se mobilise ici souvent par crainte d'être envahi par ces pensées plus ou moins inacceptables pour son appareil psychique.

Notons par ailleurs que le transfert d'un patient est également coloré par la façon dont s'articulent ses relations interpersonnelles. Par exemple, l'individu qui a tendance à vivre des relations en symbiose avec les autres pourra à certains moments transférer une impression de ne plus distinguer de frontières ou de limites entre son psychothérapeute et lui-même, ce qui peut être tantôt sécurisant, tantôt envahissant voire persécutant. En revanche, le patient qui vit ses relations sur un mode de fusion ou de duel avec l'autre pourra par exemple développer un sentiment de complétude momentanée. Ce même patient peut tout aussi bien éprouver l'inverse, c'est-à-dire juger que son psychothérapeute devient cassant, *castrant*, pour ne pas dire complètement mauvais et toxique, selon les perceptions *clivées* de ce même patient. Pour une autre personne, le psychothérapeute sera investi d'affection, ce qui mènera à un transfert impliquant un désir plus ou moins affectueux, plus ou moins amoureux et/ou érotisé. Alors il sera question de rivalité, de séduction, de jalousie et de culpabilité, ce qui correspond davantage à des enjeux élaborés par des aménagements structurels névrotiques qu'à des enjeux

élaborés par des aménagements psychotiques ou « états limites ». Soulignons que lorsqu'il est question de désir il est également question du monde pulsionnel du patient. Il s'agit là d'un aspect qui mérite toute notre attention.



Le monde pulsionnel

Le monde pulsionnel ne comporte pas seulement les pulsions libidinales, c'est-à-dire qui découlent d'Éros (pulsions sexuelles et érotiques, jeux de séduction, etc.). Thanatos (la pulsion de mort) appartient aussi au monde des pulsions. Avec Pathos, il est question des pulsions agressives et mortifères, parfois liées à des éléments pulsionnels « pathologiques » chez l'individu (patrons comportementaux d'autosabotage, d'automutilation, d'idéations suicidaires, etc.). La pulsion de vie, tout comme la pulsion de mort, se retrouve aussi bien dans les pulsions libidinales, agressives, pathologiques et saines de l'individu. Ainsi, le monde pulsionnel est peuplé de différents désirs et besoins, mais également de pulsions et de motions de toutes sortes...

Ces exemples sont présentés d'une façon très large et cependant non caricaturale. Pour l'instant, l'important est de retenir que **le transfert que le patient mettra en scène dans la relation thérapeutique peut varier selon sa structure de personnalité**, le système de défense qu'il déploie, le type de relations qu'il noue, l'organisation de son monde pulsionnel, la qualité de son engagement thérapeutique, et bien d'autres aspects encore. Tout cela dépend de la structure de base du patient, de ses besoins, de ses attentes, de ses désirs, de ses pulsions, mais également de son histoire, de son vécu, de ses valeurs, de ses croyances, de ses préjugés, de ses attitudes, de ses comportements, etc.,

ainsi que de ses perceptions et des interprétations qu'il construit à partir de la réalité.

Le rôle du transfert

Ainsi que mentionné antérieurement, le transfert procède par *répétition* d'enjeux émotionnels, psycho-affectifs et pulsionnels liés à l'histoire du patient. Ces différents enjeux sont projetés sur la personne du psychothérapeute à l'intérieur de la relation thérapeutique. C'est à travers la construction de l'espace thérapeutique que ces enjeux seront déployés. Mais à quoi sert le transfert ? Quel est son rôle et quelles sont ses fonctions ? Pourquoi devrait-on tenir compte de ce phénomène humain correspondant au transfert en psychothérapie ?

Revenons d'abord à la conception du transfert comme *répétition* d'enjeux qui se sont *joués* jadis, il y a souvent fort longtemps – le plus fréquemment au cours de l'enfance, parallèlement au développement psycho-sexuel. Nous nous référons habituellement à une période située entre 0 et 5 ans, mais il faut avoir à l'esprit que plusieurs traumatismes peuvent tout aussi bien survenir à l'état embryonnaire d'un fœtus, donc avant même la naissance, qu'après l'âge de 5 ans. Ces enjeux touchent tous les niveaux que l'on peut imaginer en ce qui concerne le développement de l'individu, c'est-à-dire tout ce qui s'est *tramé* au cours de l'histoire du patient, partant de sa conception. Par exemple, si une mère développe une dépression majeure impliquant une perte de contact importante avec la réalité qui la conduit vers une psychose grave, le fœtus risque d'être affecté entre autres par l'angoisse manifeste que génère l'état de décompensation psychotique de la mère, qui contaminera en quelque sorte l'enfant embryonnaire qu'elle porte en elle au moment de sa désorganisation psychique.

Veuillez noter que même si l'on situe toujours dans le passé l'origine des matériaux émotionnels, affectifs, psychologiques, pulsionnels, etc., le transfert n'est utile dans

la construction de l'espace thérapeutique que s'il prend forme dans l'« ici et maintenant » de la psychothérapie. Rappelez-vous qu'un espace thérapeutique qui se veut réparateur se différencie d'un espace amical, familial ou autre en ce qu'il actualise et met au jour ce transfert. C'est un regard actuel, *ici et maintenant*, qui permet non pas une *répétition* des enjeux qui découlent du passé du patient, mais la quête d'un sens réparateur à associer aux situations traumatiques ou aux conflits psychiques internes appartenant au passé – ou plutôt à l'histoire – du patient. Un des rôles du thérapeute est donc de réactualiser plusieurs enjeux psychiques inconscients et non résolus qui doivent trouver des solutions dans le contexte de la relation thérapeutique.

La majeure partie du transfert d'un patient se déploie de façon inconsciente : **le patient ne réalise pas qu'il pense et agit de sorte qu'il rejoue des conflits dont les racines peuvent plonger jusque dans la prime enfance et même avant sa venue au monde**, comme nous venons de l'observer. Prenons l'exemple d'un enfant illégitime, dont la mère cache consciemment derrière un « non-dit » l'origine adultérine, c'est-à-dire qu'elle est la seule à connaître cette vérité. De prime abord, il ne semble pas y avoir de problème, puisque la mère est la seule à connaître cette vérité. En revanche, elle risque d'éprouver un inconfort qui trahira plus ou moins consciemment ce secret. D'abord, cette femme peut ressentir une culpabilité d'être passée à l'acte qui va étendre l'action du « non-dit ». Ainsi, il se peut que les rapports sexuels qu'elle entretient avec son conjoint soient parfois teintés par le non-dit de l'infidélité. Quant à l'enfant illégitime, il sera également touché par ce non-dit, qui peut générer par exemple plus ou moins inconsciemment chez lui une recherche de sens concernant son identité.

On peut observer des enjeux comparables chez l'enfant non désiré. Imaginez également l'enfant qu'on espérait de l'autre sexe – par exemple dans une famille qui comptait déjà trois filles et où la femme donne naissance à une quatrième, alors que le couple souhaitait vivement avoir un garçon. Vous

imaginez bien qu'il ne s'agit plus d'enjeux impliquant une période comprise entre la naissance et l'âge de 5 ans...

Le transfert peut ainsi parfois jaillir du plus profond de notre inconscient. Parfois, nous pouvons présenter du matériel qui porte des non-dits familiaux issus de générations antérieures à la nôtre (c'est le « télescopage intergénérationnel »). Parfois, c'est quasiment une « remémoration sans souvenir » que nous déployons à l'intérieur d'un transfert.



Le télescopage intergénérationnel⁹

Portons-nous des enjeux pulsionnels, émotionnels, affectifs et/ou cognitifs de notre lignée ancestrale ? Il s'agirait là d'un télescopage intergénérationnel plus ou moins inconscient, mais parfois préconscient, d'une transmission ou parfois d'une contamination d'enjeux psychiques à travers nos ascendants, c'est-à-dire les générations antérieures. Prenons l'exemple d'un ancêtre qui aurait commis des meurtres ; alors un sentiment flottant de culpabilité pourrait toucher quelques-uns de ses descendants, sans que ceux-ci parviennent à rattacher cette culpabilité à leur histoire personnelle.



La remémoration sans souvenir

L'inconscient représente une étendue illimitée de contenus psychiques qui ne respectent pas les lois de l'espace-temps que l'on connaît, ni celles de la logique de notre réalité tangible. Les lois de la logique aristotélicienne qui nous permettent d'évaluer de façon quasi mathématique la justesse des conclusions d'un syllogisme ne sont pas

applicables à la « logique » de l'inconscient, même si Freud¹⁰ (1917) nous a amplement démontré que l'inconscient est régi par le « principe du déterminisme psychique inconscient ».

Les dimensions sont altérées à l'intérieur de l'inconscient. Il en va ainsi des cognitions impliquant la mémoire, de sorte que certaines choses peuvent être évoquées à la conscience sans pour autant être rattachées à des souvenirs concrets. Nous n'avons qu'à prendre l'exemple de tout ce que contient notre appareil psychique concernant l'ensemble des événements précédant notre amnésie infantile, c'est-à-dire ayant eu lieu avant l'âge de 5 ans. Le plus souvent, il ne nous en reste que quelques-uns datant de cette époque, alors que la plupart des enjeux de nos *théâtres personnels* y sont rattachés.

Une occasion de réparation : *Carpe diem*¹¹ !

Pour le patient, déployer un transfert, c'est exposer ses blessures et sa souffrance au psychothérapeute. Cela signifie que le *théâtre* qui sera *rejoué* comporte des révélations très intimes, susceptibles de rendre le patient très vulnérable. Celui-ci peut alors s'efforcer **d'occulter certains enjeux plus ou moins délibérément grâce à un arsenal de mécanismes de défense destinés à le protéger**. Souvent donc, le patient déploie ses défenses avant que nous puissions atteindre une couche permettant d'explorer les véritables enjeux de ses blessures et souffrances. Par exemple, le patient procédera à la narration de ses activités quotidiennes en restant en surface, afin d'éviter la douleur qu'impliquera la *répétition* du *théâtre* de ses blessures. Nous verrons plus loin que le psychothérapeute est fort heureusement équipé d'outils de travail lui permettant de « désamorcer » ces défenses qui « parlent » déjà quand même, selon leur teneur, de la trame de fond des *théâtres* que le patient en viendra à nous *représenter*. En eux-mêmes, les mécanismes de défense ainsi déployés permettent d'emblée au psychothérapeute de

se faire une idée partielle du type d'aménagement structurel du patient et infèrent d'autres indices quant à la qualité et à la forme de la relation objectale, entre autres.

Pourquoi *rejouer* ces traumatismes et ces conflits psychiques le plus souvent inconscients, niés et/ou refoulés de notre histoire – qui peuvent même relever d'un télescopage intergénérationnel ou d'événements familiaux « non-dits » ayant eu lieu alors que nous étions à l'état embryonnaire, voire avant notre conception ? Au départ, il n'est pas nécessaire de déployer tout ce répertoire pour comprendre les principaux enjeux transférentiels que nous portons et projetons dans nos relations actuelles et à l'intérieur de la psychothérapie. La véritable raison d'accueillir, d'encadrer et d'interpréter le transfert d'un patient, c'est qu'il lui offre une occasion de réparer ses traumatismes ou ses conflits psychiques plus ou moins inconscients à travers l'actualisation de son histoire émotionnelle, relationnelle, pulsionnelle, affective, cognitive, etc., dans le temps présent de la psychothérapie, c'est-à-dire dans le cadre de l'« ici et maintenant » de cette psychothérapie, comme nous l'avons souligné plus haut.

Nous transférons déjà de toute façon des éléments de notre histoire dans nos relations quotidiennes, en projetant sur notre environnement immédiat et à travers nos relations significatives des *mises en scène* de nos *scénarios*. En revanche, bien que significatives, ces relations ne sont pas thérapeutiques (réparatrices), et les personnes importantes de notre entourage ne peuvent pas nous aider à « recoller » les morceaux brisés et éparpillés du casse-tête qu'est notre vie. C'est au psychothérapeute que revient le rôle d'offrir au patient une occasion de réparer des éléments rattachés à son transfert. Le psychothérapeute doit en effet favoriser l'éclosion du transfert pour en dégager une analyse qui offrira une nouvelle compréhension, une nouvelle conception qui tiendront compte de la réalité de l'histoire du patient, toujours en inscrivant cette réalité dans l'« ici et maintenant » de l'espace, du contexte, de la situation thérapeutique.

Pour offrir au patient cette possibilité de réparer des éléments présents dans son transfert, il faut lui donner la chance non seulement de les intégrer d'une façon nouvelle, mais encore de les réparer grâce à une relation thérapeutique actualisée. On reproche souvent à la psychanalyse et aux psychothérapies psychodynamiques de ne traiter que des éléments anciens en faisant appel à l'inconscient – les rêves, les lapsus, les phantasmes et autres matériaux – et en s'efforçant de comprendre les enjeux du passé, sans tenir compte du moment présent. Il n'en est rien, car si l'on ne tient pas compte de la perception qu'a le patient de ce qu'il éprouve de son passé « ici et maintenant » rien ne sert de laisser se *répéter* ce transfert, car il ne sera pas réactualisé. Nous ne cherchons pas la *répétition* des enjeux appartenant à l'histoire passée d'un patient, mais plutôt une réparation menant à un rétablissement ou à une plus grande acceptation de ces enjeux relatifs aux blessures et aux souffrances du passé et à une meilleure résilience. Si la réparation de « pièces » douloureuses d'un passé trop souffrant se révèle impossible, nous nous orienterons vers la formule « apprendre à vivre avec... ».

Illustration d'un début de transfert

Un homme de 32 ans entreprend une psychothérapie analytique avec enthousiasme, ultramotivé à l'idée d'explorer les raisons pour lesquelles il se sent blasé de son travail et de ses études universitaires. Le patient va même jusqu'à demander s'il peut participer à deux séances de psychothérapie par semaine pour *travailler* plus activement sur lui-même. Suite à deux premiers entretiens destinés à évaluer la pertinence d'une prise en charge de ce patient, le thérapeute accepte de le recevoir à raison de deux séances par semaine. Mais le patient paraît tout à coup nuancer son enthousiasme en demandant au thérapeute s'il pourra se présenter une fois par semaine quand bon lui semblera.

Cette nuance met la puce à l'oreille du psychothérapeute, qui

s'interroge sur la réelle motivation du patient face au *travail* envisagé. Mais il accepte un compromis en précisant au patient que le rythme de deux séances par semaine sera réduit à une séance par semaine lorsque lui-même, le thérapeute, jugera ce changement opportun. Le thérapeute insiste sur le fait que c'est lui qui choisira le moment de réduire le nombre de séances afin qu'il ne subsiste aucune ambiguïté dans l'esprit du patient, qui accepte le compromis.

Lors des premières rencontres, le patient se présente avec une assiduité et une qualité de présence remarquables ; il suit les recommandations du psychothérapeute à la lettre en se disant déterminé à comprendre les raisons de sa baisse de motivation au travail, ainsi que dans ses études à l'université. Questionnant ces enjeux, le psychothérapeute invite le patient à dire tout ce qui lui vient à l'esprit concernant sa *relation* au travail, ainsi qu'à ce qui s'y rattache. Le patient avoue ne pas comprendre ce qui lui arrive, car il travaille depuis l'âge de 10 ans et n'a jamais cessé depuis. Cependant, il rapporte avoir fréquemment changé de travail justement parce qu'il se « blase » rapidement. Le patient précise que c'est son père qui l'a initié au travail. Son père possédait un garage, et il avait l'ambition de bien former ses deux fils pour qu'ils prennent la relève au moment de sa retraite ; le frère du patient était plus âgé que lui d'à peine deux ans.



Le « premier » entretien (intake)

L'entrevue de qualification ou le premier entretien, aussi communément appelé *intake*, sert à déterminer si le patient est suffisamment capable d'opérer des liens pour comprendre non seulement cognitivement, mais émotionnellement et affectivement le matériel que propose hypothétiquement le psychothérapeute. Inutile de préciser qu'on n'engage pas une psychothérapie avec un patient

atteint d'un déséquilibre psychique important, c'est-à-dire qui se trouve en état de décompensation et s'oriente vers une dépression majeure. Le patient doit donc démontrer qu'il a la capacité d'insight suffisante pour accueillir et comprendre les interventions de son psychothérapeute, surtout en ce qui concerne les interprétations. Parfois, l'*intake* peut occuper le temps et l'espace de deux rencontres, spécialement lorsque le psychothérapeute a un doute concernant les capacités du patient. Soulignons que les premiers entretiens servent également à évaluer si le patient présente une demande d'aide recevable.

Par ailleurs, l'entretien ou les entretiens de qualification donnent souvent des indices sur la structure du transfert à venir. Ils sont souvent le théâtre d'un transfert condensé, avec une chronicité événementielle très semblable à la dynamique qui commandera l'espace thérapeutique à venir. C'est comme si le patient venait faire une « mini-représentation théâtrale » correspondant à un microtransfert des « couleurs » du véritable transfert à venir.

Quelques sessions plus tard, en début de rencontre, le psychothérapeute annonce au patient qu'il doit participer prochainement à un important congrès où il prononcera deux conférences portant sur ses travaux. Il explique que d'ordinaire il prévient ses patients de son absence au moins deux semaines à l'avance, mais que les événements se sont bousculés : il vient tout juste d'être invité à présenter ses travaux en remplacement d'un collègue qui a dû renoncer à participer au congrès en raison d'un grave problème de santé. Il est pris de court et doit annuler les deux prochaines rencontres avec le patient.

Le patient réagit en disant qu'il comprend très bien la situation. Mais il ajoute presque instantanément qu'il a décidé d'en venir à la formule d'une seule rencontre par semaine. Le psychothérapeute lui répond qu'ils devront explorer les raisons qui motivent cet élan chez le patient avant de prendre une décision ; il explique qu'il croit utile d'attendre un peu avant d'en venir à une séance par semaine,

étant donné que le patient formule cette requête au moment même où le psychothérapeute annule les deux prochains rendez-vous. En revanche, le psychothérapeute n'interprète rien de prime abord : il attend que le patient fournisse davantage de matériaux rattachés à ce besoin pressé de réduire le rythme des séances.

Lors de cet entretien, le patient rapporte que lorsqu'il était plus jeune il trouvait que son père travaillait trop. Puis il poursuit en racontant que son père devait parfois, en plus de son travail, assister à des formations pour se tenir à jour dans le domaine de l'automobile. Le patient précise que son père travaillait fréquemment entre soixante-cinq et soixante-dix heures par semaine. Puis il déclare sur le ton de l'aveu qu'il était souvent blasé de travailler au garage avec son père, surtout parce que son frère travaillait plus vite et mieux que lui. Il évoque même une « rivalité » entre son frère et lui quant à la qualité de l'attention que leur père leur accordait. Le patient finit par dire que son père préférait probablement son frère à lui.

À la séance suivant le congrès du psychothérapeute, le patient se présente en retard de dix minutes à son rendez-vous, alors que son assiduité ne s'était jusque-là jamais démentie. Il est lent à démarrer et semble ne plus trop savoir que dire. Puis il reprend son exploration en déclarant qu'il n'aimait pas vraiment travailler avec son père : il aurait préféré faire d'autres activités avec lui plutôt que de travailler constamment. En fait, il se sentait en rivalité avec le travail, qui accaparait son père à un point tel qu'il n'avait pas le temps de s'occuper de son fils. À la fin de cette rencontre, le patient manifeste le désir de suspendre la psychothérapie pour quelques semaines. Il ajoute qu'il ne sent pas le besoin d'être accompagné par le psychothérapeute pour le moment. Le psychothérapeute est en désaccord, car il lui semble évident que ce désir est directement lié à sa récente absence.

Quel est donc le transfert que cet homme déplace actuellement sur la personne du psychothérapeute ? D'abord,

on peut percevoir l'enjeu relatif à la relation qu'entretient le jeune homme avec le *travail*. Ce patient déborde pourtant d'enthousiasme à l'idée de *travailler* sur lui-même avec le psychothérapeute. Pourquoi donc en vient-il à connaître une baisse de motivation si importante concernant sa psychothérapie ? En fait, le patient transfère sur le psychothérapeute des éléments de sa relation passée avec son père en lien avec la dimension du travail.

C'est au moment où le psychothérapeute explique qu'il doit aller *travailler* dans le cadre d'un congrès que le patient présente une première baisse de motivation, car cette scène thérapeutique lui rappelle des blessures qu'il a subies dans sa relation passée avec son père – qui *travaillait* tellement qu'il ne lui accordait que très peu d'attention en dehors de cette activité axée sur des tâches à exécuter. Lorsque le psychothérapeute fait remarquer au patient que celui-ci semble réagir fortement à son départ pour le congrès, le patient lui dit ceci :

« J'ai côtoyé mon père dans le travail depuis mon très jeune âge sans toutefois avoir l'impression d'être avec lui. J'avais besoin de lui, de son attention, de sa reconnaissance que mon frère recevait, car il était complice avec mon père dans le travail. Au fond, le travail m'a enlevé mon père et le travail m'a enlevé une partie de mon enfance, pendant laquelle j'aurais dû aller jouer dehors avec mes amis. Je crois désormais que j'ai toujours été en rivalité avec le travail. Alors oui, il est possible que je me sente un peu mis de côté quand vous décidez de partir "travailler" ailleurs en annulant deux de nos rencontres ! »

Voilà l'exemple d'un transfert qui commence à trouver sa solution ; mais, avant que celle-ci soit vraiment solide, le patient doit reconnaître et intégrer les différentes implications relatives à ce transfert. Il ne suffit pas qu'il reconnaisse s'être senti en rivalité avec le travail de son père pour réparer son propre rapport avec le travail dans sa vie : le patient doit être en mesure de comprendre les *raisons* pour lesquelles il entretient cette mauvaise relation au monde du

travail. Alors, si le patient accepte de poursuivre sa psychothérapie plutôt que de l'interrompre, il aura de bonnes chances de vivre un transfert propice à la réparation de certaines blessures de son passé.

Mais cette idée qu'il « passe en second », à cause soit du travail du père soit du psychothérapeute, n'est peut-être que l'embryon de blessures beaucoup plus importantes de l'enfance du patient : il s'agit peut-être simplement d'un grand *rideau* qui cache des souffrances plus graves chez ce patient. Mais tout cela n'est qu'hypothétique pour le moment.

II.

Apprivoiser le concept de contre-transfert

Le transfert du patient induit un contre-transfert chez le thérapeute qui doit en produire une saine gestion, idéalement assistée de supervisions d'un autre thérapeute compétent. Généralement, le thérapeute consultera lui-même.



D'abord, pourquoi avoir choisi cet intertitre : « Apprivoiser le concept de contre-transfert » ? Pour beaucoup, ce terme demeure peu connu, sinon inconnu. Pour d'autres, ce mot est connu mais reste nébuleux, voire parfois incompréhensible. Je considère qu'il faut apprivoiser ce concept avant de l'aborder, car il est difficile à cerner.

Il s'agit ici de mettre en mots et en exemples une **expérience humaine qui se produit à l'intérieur de l'activité émotionnelle, affective, cognitive et pulsionnelle du psychothérapeute**. Décrire un contre-transfert revient en fait à nommer ce qui se déroule conjointement dans la tête, dans le cœur et dans les *tripes* du psychothérapeute, qui raisonne, réagit et réfléchit à ce que son patient lui fait éprouver au cours de l'élaboration de la relation thérapeutique. Il s'agit de décrire un phénomène humain sensiblement comparable au transfert, mais le contre-transfert s'en distingue nettement du fait qu'il constitue une immersion dans le monde du patient destinée à générer des hypothèses qui feront évoluer le patient vers le rétablissement ou la résilience.

Le contre-transfert est un canalisateur pour le psychothérapeute, qui porte le transfert dans son « réceptacle intrapsychique ». Ensuite, le psychothérapeute émet par résonance un *écho* du transfert du patient, c'est-à-dire une rétroaction de la *répétition* des *scènes* que le patient *rejoue* dans la relation réparatrice correspondant à la psychothérapie. Le contre-transfert est aussi un instrument de travail que le psychothérapeute doit fréquemment analyser, questionner et interpréter, au même titre que le transfert. Suite à des réactions parfois pulsionnelles, ou suite à l'élaboration d'un raisonnement logique, ou suite encore à une réflexion plus ou moins profonde à propos des enjeux impliquant le transfert/contre-transfert, le psychothérapeute va faire valider auprès du patient. Il procède alors à l'analyse du transfert de ce dernier. Rappelons que le thérapeute utilise toujours une formulation hypothétique dans ses

interprétations et dans la plupart de ses interventions, ce qui peut prendre la forme suivante :



« J'ai l'impression que ce que vous éprouvez concernant mon absence peut être symboliquement en lien avec votre père, peu disponible et plutôt absent pour vous qui aviez besoin de sa présence. Qu'en pensez-vous ? »

Le psychothérapeute a aussi la fonction d'être le *gardien protecteur* de la psychothérapie. Il doit alors veiller à la présence et à la juste conception de son contre-transfert en tentant d'en dégager ou plutôt d'en décoder le sens. Le psychothérapeute doit aussi contenir ce contre-transfert à l'intérieur de lui. Enfin, comme nous venons tout juste de l'observer, le psychothérapeute doit tâcher d'interpréter son contre-transfert sous forme d'hypothèse et toujours en lien avec les matériaux que présente le patient. Le psychothérapeute doit aussi savoir saisir les moments opportuns pour formuler ses interventions¹², qu'il s'agisse d'un reflet, d'une clarification, d'une reformulation, d'une interprétation, etc.

C'est quoi, un contre-transfert ?

Précisons d'abord que le contre-transfert ne va pas « à contresens » ni « à contre-courant » du transfert du patient : bien au contraire, **le contre-transfert sert à donner un écho au transfert, afin de permettre une meilleure identification, perception, compréhension et intégration de celui-ci.** Le contre-transfert, c'est un instrument de travail du psychothérapeute qui lui permet d'apprécier davantage les différents enjeux que le patient *répète* à travers ses patterns relationnels et comportementaux, comme nous l'avons vu

dans le chapitre précédent.

Le contre-transfert, c'est d'abord la capacité qu'a le psychothérapeute à se laisser imprégner par les différents matériaux que présente le patient au cours de la psychothérapie. Le psychothérapeute doit donc savoir se laisser submerger par les contenus du discours, de l'histoire et du vécu du patient, tout en s'interdisant de s'y noyer. **Le contre-transfert implique en effet que le psychothérapeute maîtrise ses réactions face au transfert du patient, sans s'y perdre autrement que momentanément** – pour le besoin d'expérimenter ce que le patient ressent, éprouve et vit intimement, intérieurement.

Le contre-transfert, c'est donc l'accueil du transfert du patient à partir, entre autres, des sentiments et des émotions qu'il génère chez le psychothérapeute. Le contre-transfert, c'est aussi ce que le psychothérapeute éprouve et imagine dans son monde intérieur en réaction au transfert. Le contre-transfert est d'abord réactif, mais il se conçoit aussi de façon rationnelle ou réflexive, ce qui implique l'ensemble de la personne du psychothérapeute dans son activité cognitive, émotionnelle, pulsionnelle, affective, parfois spirituelle et/ou profondément existentielle.

Le contre-transfert, c'est aussi l'accueil des éléments qui peuvent nuire à la psychothérapie. C'est d'ailleurs en partie pour cette raison que le psychothérapeute doit constamment contrôler ce qu'il éprouve en tant qu'acteur de la dynamique de transfert/contre-transfert. Oui, le psychothérapeute doit apprendre à porter des affects, des images et une multitude d'éléments composant un transfert. Il doit également contenir les différents soubresauts de son contre-transfert, surtout en ce qui concerne la dimension pulsionnelle, dans laquelle il est plus difficile de se maîtriser, de raisonner que dans la dimension affective par exemple. Chaque patient mérite d'être suivi par une personne compétente qui le conduira à bon port. Alors, chaque psychothérapeute se doit d'offrir la plus grande place et le meilleur accueil au transfert d'un patient, mais il se doit aussi de garder une place tout aussi

importante à l'analyse rationnelle, réactionnelle et réflexive de son propre contre-transfert.

Soulignons que le psychothérapeute doit également faire la part de ce qui relève de lui-même et de ce qui ressortit du contre-transfert généré par le mouvement dynamique de la psychothérapie. Ainsi, les maux consécutifs à une nuit bien arrosée ne peuvent être attribués aux difficultés que lui posera son patient le lendemain. Il s'agit là d'un exemple, mais se retrouver aux prises avec des enjeux pulsionnels manifestes n'a effectivement rien de facile ! Nous verrons plus tard que ces difficultés justifient que le psychothérapeute suive lui-même un processus thérapeutique en tant que patient et bénéficie d'une supervision. Personnellement, je considère que l'analyse ou la psychothérapie est un prérequis à toute pratique de cette profession. D'ailleurs, tout psychothérapeute devrait expérimenter les principales approches existantes pour élargir ses horizons. La supervision des psychothérapeutes m'apparaît tout aussi indiquée que l'exigence d'une expérience de psychothérapie ou d'analyse pour devenir psychothérapeute ou analyste.

« Résonner » et « raisonner » un contre-transfert

Pour accueillir les enjeux transférentiels du patient, le psychothérapeute doit *résonner* en concordance avec ceux-ci. Dans l'approche systémique, on parle d'ailleurs de la « caisse de résonance » que représente le psychothérapeute. **Il s'agit en quelque sorte de *vibrer* de façon plus ou moins harmonieuse avec ce que la situation thérapeutique fait vivre au psychothérapeute dans la globalité de son être** (sentiments, émotions, imageries, rêveries, phantasmes, fantaisies, pulsions, spiritualité, etc.).

Vibrer ou *résonner* au rythme du patient, c'est d'abord se demander : « Qu'est-ce que ce patient me fait vivre

intérieurement ? » Pour répondre à cette question profondément humaine, le psychothérapeute doit laisser libre cours à sa pensée, mais aussi à ses sentiments et à ses émotions, à ses attitudes et à ses états d'âme.



Le « résonnement »

Résonner, c'est comme être au diapason de la personne qu'on accompagne. C'est aussi tenir compte du rythme de l'autre. Par analogie musicale, résonner – peu importe quel instrument on joue –, c'est respecter le rythme et l'harmonie de la pièce musicale. Il faut toutefois admettre qu'il existe des individus qui ont l'oreille absolue et d'autres pas ! L'important, c'est que le psychothérapeute s'arrime suffisamment bien au transfert de son patient pour permettre l'éclosion de rétroactions contre-transférentielles qui feront du sens chez lui.

Il ne s'agit pas de ramener tout à la conscience et à la raison, mais plutôt de *se laisser être*¹³, librement... L'idée est de laisser notre pensée divaguer ici et là, sans attacher plus d'importance à ceci qu'à cela. En *se laissant être*, on obéit à la consigne adressée au patient que Freud¹⁴ (1912b) appelle la « Règle fondamentale » : il s'agit là aussi de nous exercer à laisser flotter notre attention en accueillant les libres associations qui nous traversent l'esprit. Il faut donc que le psychothérapeute considère l'ensemble de son activité mentale cognitive, émotionnelle, pulsionnelle et affective pour *résonner* ce fameux transfert du patient. Plus le psychothérapeute sera attentif à son monde intérieur, à ses idéations, fantaisies, phantasmes, désirs, craintes, peurs, angoisses, etc., plus il se rapprochera de ce que peut vivre et éprouver son patient.

Le contre-transfert *résonne* donc en concordance avec les matériaux liés au transfert. Mais si le psychothérapeute doit *résonner* plus ou moins en harmonie avec le patient, **il doit aussi parfois savoir raisonner le matériel qu'il filtre à travers son monde perceptif, intellectuel, émotif, pulsionnel, affectif et parfois même corporel** – si l'on ajoute le « sixième sens » qui correspond à la somesthésie. Bien que le psychothérapeute s'imprègne de tout ce que lui présente le patient, il doit passer ses observations au crible de la raison afin de formuler, toujours à titre d'hypothèses, des interprétations et autres interventions permettant au patient de réfléchir sur les principaux enjeux de son transfert.



La somesthésie

Le sens de la somesthésie correspond à tout ce qui est ressenti avec et éprouvé au niveau de l'activité interne de notre organisme. Cela inclut l'activité proprioceptive de l'ensemble des mouvements kinesthésiques de notre corps. La somesthésie inclut également la douleur – peu importe à quel endroit de notre corps. Elle implique aussi l'activité interne des organes de notre corps, parmi lesquels tout l'appareil digestif, qui, en plus de nous faire éprouver différentes sensations, peut émettre une activité sonore (gargouillis, rots, flatulences, etc.). Par ailleurs, l'appareil digestif est souvent impliqué dans des manifestations psychosomatiques révélatrices de symptômes et de liens facilement interprétables, comme dans les propos suivants : « Ce licenciement ne passe pas, je l'ai en travers de la gorge ; j'ai du mal à l'avaler ! » ; « J'étouffe, je n'ai pas assez d'espace pour m'exprimer ! » ; « Ce que dit cette femme m'écoeure ! J'ai envie de vomir rien qu'en y pensant ! » ; « Je ne digère pas ce qui m'arrive ! Ça me fait ch... ! », etc.

L'outil par excellence du psychothérapeute

Le contre-transfert est assurément l'outil le plus indispensable dont dispose le psychothérapeute pour décoder le transfert impliquant les différents matériaux que présente son patient. C'est probablement également l'outil le plus sensible pour détecter les enjeux « *mis en jeu* » par le patient à l'intérieur du contexte thérapeutique. Nous verrons plus loin que le psychothérapeute met en œuvre un cadre thérapeutique et d'autres outils permettant de baliser des éléments transférentiels qui doivent faire l'objet d'une saine gestion. Même si le psychothérapeute possède un très grand coffre à outils, le contre-transfert correspond à l'instrument de travail par excellence pour *approfondir l'univers thérapeutique*.

Le contre-transfert permet d'identifier des matériaux du transfert auxquels nous n'aurions pas accès autrement. Le contre-transfert va au-delà de l'intuition empathique que nous pouvons éprouver dans les relations interpersonnelles habituelles et même lors de moments d'écoute active¹⁵ destinés à aider quelqu'un. **Le contre-transfert permet au psychothérapeute d'expérimenter intuitivement, mais aussi de façon sensitive, intellectuelle et cognitive, le monde intérieur du patient.** Les sens du psychothérapeute sont donc mis au service d'un état d'esprit suffisamment ouvert pour accueillir l'expérience d'un contre-transfert en le contenant, en même temps que le transfert du patient s'impose au thérapeute.

Ce numéro d'équilibriste relève souvent de la prouesse – vous comprendrez donc que je désire souligner à nouveau la nécessité pour le thérapeute de bénéficier d'une ou plusieurs psychothérapies et d'une supervision dans sa pratique privée afin de dissiper une éventuelle confusion entre ses difficultés personnelles et les impasses qu'il peut rencontrer dans l'exercice de son métier. Le rôle du superviseur consiste, entre autres, à sortir le psychothérapeute d'impasses dont il

ne trouve pas l'issue faute de recul. Il arrive effectivement que le psychothérapeute peine à gérer la dynamique du transfert/contre-transfert – soit qu'il ne parvienne pas à dégager les enjeux du transfert, soit qu'il soit aux prises avec son propre contre-transfert. La supervision des activités du thérapeute par un collègue formé à cet effet permet de dégager la psychothérapie d'entraves qui autrement pourraient l'entraver fort longtemps.

Des manifestations contre-transférentielles chez le thérapeute

Reprenons l'exemple présenté plus haut à propos de l'homme de 32 ans qui vient consulter pour explorer les raisons de sa baisse de motivation au travail et dans ses études. D'abord, il faut mentionner que dès la première rencontre le psychothérapeute se questionne sur la solidité de l'engagement que prend son jeune patient en s'inscrivant dans sa psychothérapie à raison de deux séances par semaine. Dès que le psychothérapeute accepte ce « contrat », le patient se soucie *sur-le-champ* de savoir s'il pourra passer de deux à une séance par semaine au moment où il le jugera opportun. Le psychothérapeute a cependant tôt fait de reprendre en main les rênes en montrant que c'est bien lui qui gère la psychothérapie.

Pendant les deux premiers entretiens et suite à ceux-ci, le psychothérapeute laisse libre cours à ses premières pensées et à ses premières impressions, tout en écrivant une note évolutive destinée au dossier du patient. En se livrant à ce *flow*, le psychothérapeute a d'abord le sentiment que l'enthousiasme nuancé du patient correspond probablement à sa façon d'entrer en relation avec le monde du travail, puis avec le monde des études, si ce n'est également avec son monde relationnel.

Voici un aperçu de ce qui se passe dans la tête du psychothérapeute :

« Je pense que ce jeune homme ne s'inscrira que partiellement dans cette psychothérapie, en y laissant *just the right foot in and the left foot out* ! Je le sens aussi volatil que s'il avait "un pied dedans et l'autre dehors"... Pourrait-il s'inscrire énergiquement à deux sessions par semaine pour en honorer une quand bon lui semblera ? Sa psychothérapie n'a pas débuté que je le sens glisser déjà vers l'interruption... L'"inter-ruption", c'est-à-dire une rupture impliquant autrui : une interruption, une rupture commune, une "rupture à deux". Quelque chose m'échappe. Donnons-lui donc sa chance. Je sens qu'il aura tôt fait de perdre son enthousiasme lorsqu'il sera confronté à une difficulté ou à une frustration. Je me demande si ses employeurs se sentent comme moi après avoir signé un contrat avec lui. Pourquoi cette ambivalence face à l'engagement ? »

Plus tard, le psychothérapeute apprend qu'il doit partir une semaine pour son congrès. Il ne peut pas rater cette occasion de faire connaître ses travaux. Il se dit alors, en pensant à son patient :

« *Nous allons voir si ça passe ou si ça casse !* »

Puis il réfléchit un moment à ce qu'il vient de penser :

« Si ça passe... ou si ça casse ! Passer ! Avoir la note de passage ! Passer son examen ! Je suis celui qui fait l'examen de sa conscience ! Se demande-t-il s'il a passé le test avec moi ? Casser ; se casser, se pousser, fuir ! Fuir l'engagement ! Pourquoi ? Parce que ça fait mal de s'engager ! Ça nous les "casse" parfois ! Surtout quand on nous jette comme je m'apprête symboliquement à le faire ! »

Le psychothérapeute réfléchit maintenant à l'hypothèse que son départ pour le congrès sera le test ultime pour ce patient :

« *Il passe ou il se casse !* »

Après l'annonce de son départ, le psychothérapeute constate que son patient est extrêmement sensible à cette coupure. Et

qui dit coupure dit blessure ! Mais quelle blessure ? Le psychothérapeute est conscient que cette réaction de désirer passer à une séance par semaine et ce besoin de marquer déjà une « pause » sont directement liés au transfert du patient. Puis, le psychothérapeute pense qu'il est trop facile de faire un lien avec le manque d'attention du père envers son fils :

« Ce père ou ce psychothérapeute, étant trop absorbé par son travail pour s'occuper de son fils/patient, lui fait subir des ruptures. Des ruptures de contrat ? Ce patient semble véritablement blessé par de multiples ruptures. Je vais devoir enquêter sur ses relations interpersonnelles et son monde affectif afin d'évaluer l'ampleur des dégâts. Ce jeune homme est probablement en très grande souffrance pour chercher à fuir ainsi à la première occasion... Je vais l'aider ! Pourvu qu'il tienne plus de 3 ou 4 rencontres... »

Le psychothérapeute se dit intérieurement qu'il doit pourtant y avoir autre chose... Pourquoi cette baisse si manifeste de motivation, d'intérêt, d'implication et d'engagement ?

Le psychothérapeute se livre ensuite aux « raisonnements » suivants :

« C'est le lien au fond qui est en jeu. La qualité du lien que ce patient investit semble avoir des assises très ambivalentes. Ce lien ressemble précisément à un fil électrique doté d'un interrupteur. Cette ambivalence, je l'éprouve déjà à l'idée que ce patient semble avoir “un pied en dedans” et “un pied en dehors” de sa psychothérapie. S'impliquer, simplement s'impliquer, ça doit être inconfortable et douloureux pour le patient, qui doit en quelque sorte s'investir dans une relation avec l'autre en sentant déjà une menace d'abandon, ou un sentiment de rejet, puisque le psychothérapeute semble davantage intéressé par le congrès que par lui. Tout comme le père réservant une place plus importante à son travail qu'à son propre fils ! »

« Investir, du point de vue du patient, c'est risquer de se faire mettre de côté, de manquer d'attention de la part

d'un psychothérapeute accaparé par d'autres intérêts, etc. Alors le patient "coupe" avant de se faire "couper". La blessure qu'il semble ainsi éviter doit correspondre toutes proportions gardées aux nombreuses "coupures" que compte son histoire personnelle. La blessure est nécessairement d'ordre narcissique, puisqu'il n'est pas choisi par le père/thérapeute qui le fait passer en second, après ses propres intérêts, mais sans davantage s'intéresser à son fils/patient. C'est une blessure d'abandon du fait qu'il n'est pas suffisamment valeureux pour être choisi. C'est une forme de rejet que le patient semble porter. Ce patient croit légitimement avoir le droit de recevoir l'attention qui lui revient. Ce psychothérapeute est trop occupé par le travail pour accorder une saine attention à son patient. Celui-ci n'a même pas idée qu'il est de la responsabilité du parent d'offrir une attention saine et équilibrée à ses enfants afin qu'ils puissent s'épanouir en étant solides et fiers d'eux-mêmes. »

« L'important est que je dois le maintenir actif au sein du traitement. Il y a un risque que le patient décroche complètement et qu'il parte avant que je ne parte une seconde fois. Je vais revenir sur l'alliance que j'ai faite avec la partie de lui qui est d'accord pour s'impliquer dans sa psychothérapie afin de comprendre et d'intégrer son ambivalence face à son investissement au travail, à l'école et maintenant dans sa psychothérapie. En plus, nous sommes précisément en train d'activer ce transfert de l'impression de passer en second, de se faire mettre de côté, de perdre l'attention de l'autre... Tout ça lui fait probablement affreusement mal ! »

Le psychothérapeute a déterminé des appuis pour soutenir ses efforts. Il a bon espoir que le patient saura « entendre raison ». Cette dichotomie entre « Je m'implique à fond » et « Je me retire » indique clairement un symptôme, même si le patient n'est aux prises ni avec un clivage ni avec un « mauvais objet ». En effet, le patient semble posséder des bases solides pour bien s'inscrire dans la réalité. Il n'hallucine

pas, il ne délire pas. Sa blessure touche son narcissisme sain, qui subit constamment la menace de cette impression de ne pas compter pour l'autre – un « autre » extrêmement significatif, puisqu'il s'agit du père ou du thérapeute.



Le mauvais objet

En ce qui concerne la psychanalyse, les relations humaines correspondent à des relations dites « objectales » ou à des relations d'objet. Habituellement, l'objet qui représente une personne significative de notre environnement devrait être perçu comme complet. L'objet complet présente plusieurs aspects ou parties à la fois bons et mauvais, ce qui correspond à une saine perception de l'objet. Certains individus conçoivent l'objet comme étant partiel ou morcelé. Pour certains, l'objet peut difficilement être perçu à la fois comme bon et mauvais : c'est tout l'un ou tout l'autre. Le mauvais objet peut être ressenti par la personne comme étant persécuteur et envahissant ou castrant et angoissant, ce qui renforce le clivage de l'objet chez l'individu. Par ailleurs, l'objet sera parfois investi comme étant extrêmement mauvais, sur le mode du dictateur destructeur, ou comme étant extrêmement bon, nourrissant, gratifiant, rassurant, etc. On passe d'un duel conflictuel à la symbiose ou à la fusion. Ainsi, les relations humaines deviennent excessivement compliquées pour certains individus, constamment en train de se chamailler avec l'autre, ou se fondant en lui.

Enfin, ce patient est aux prises avec des enjeux transférés dans la relation thérapeutique – cette crainte d'être abandonné par son psychothérapeute comme il a le sentiment d'avoir été mis de côté par son père. Par ailleurs, le psychothérapeute doit revenir sur les alliances thérapeutiques afin de consolider le patient dans sa saine décision de « *travailler* sur lui-même ». Pour ce faire, le

psychothérapeute devra nécessairement éduquer le patient en soulignant que la psychothérapie n'est pas un *travail*, mais un cheminement thérapeutique, et que cependant son ambivalence à l'idée de s'investir dans cette grande aventure, sa façon de réagir sont tout à fait normales et légitimes.

La nécessité d'une supervision

Avant tout, il faut préciser à nouveau que le psychothérapeute doit suivre lui-même une psychothérapie en tant que patient avant d'exercer. Pour faire de la place à ses patients, les accueillir, le psychothérapeute doit savoir quels sont les enjeux liés à ses propres *théâtres de vie*. Bref, le psychothérapeute a la responsabilité de se connaître suffisamment bien pour ne pas contaminer le patient et l'espace thérapeutique de ses propres blessures, souffrances et conflits psychiques internes qui pourraient autrement y être projetés.

Par ailleurs, afin de mieux maîtriser son contre-transfert, le psychothérapeute doit parfois consulter un collègue pour s'assurer de la clarté de ses sentiments, émotions, rêveries, phantasmes, pulsions, etc., qui s'inscrivent parfois en réaction au transfert du patient, c'est-à-dire dans un « agir contre-transférentiel » que nous décrirons au dernier chapitre.

Il arrive parfois que le psychothérapeute soit « trop concerné » par ce qu'il éprouve face au patient ; il aura alors besoin du regard neutre d'un psychothérapeute superviseur, qui, étant davantage détaché de la situation thérapeutique, émettra un point de vue différent qui renouvellera l'ensemble de la « vision » de la construction de l'espace thérapeutique. Les supervisions permettent également au psychothérapeute d'avoir un regard plus objectif sur la dynamique du transfert/contre-transfert. Pour faire un jeu de mots, ces supervisions deviennent habituellement des « super-visions » permettant aussi de sortir des impasses de la psychothérapie.

Le superviseur fait également office de tiers structurant pour

la psychothérapie. Il devient aussi parfois l'objet de la projection du transfert du patient, qui doit d'ailleurs être informé que le psychothérapeute consulte un superviseur : le psychothérapeute doit obtenir le consentement du patient, signé de préférence, afin de pouvoir évoquer le cas de son patient avec son superviseur.

Le superviseur émet des points de vue nouveaux sans être directement impliqué dans la relation entre le patient et le psychothérapeute. Cette *objectivité* l'aide à mettre au jour plusieurs liens que le psychothérapeute ne parvenait que trop difficilement à entrevoir. Une supervision permet parfois de régler en une rencontre ce qui aurait pu faire piétiner une psychothérapie pendant plusieurs entretiens. Par ailleurs, comme nous l'avons préalablement évoqué, le superviseur, même si sa présence n'est pas perçue par le patient, représente un tiers susceptible de favoriser l'élaboration de *scénarios* transférentiels ; ces derniers peuvent être en lien pour les uns avec une certaine rivalité, pour d'autres avec une situation œdipienne, ou encore avec des projections de trahison, de complot, etc.

III.

Le cadre de travail

Le cadre de travail correspond à la majeure partie du coffre à outils du psychothérapeute qui encadre les mouvements et les soubresauts du transfert/contre-transfert. « Contenir » et « baliser » conviennent avec une douce fermeté.



Un cadre de travail est nécessaire afin de contenir la dynamique du transfert/contre-transfert. Ce cadre ou cet encadrement consiste à déterminer des règles et des balises pour clarifier ce qui appartient à la relation thérapeutique comparativement à d'autres formes de relations (familiales, amicales, amoureuses, fraternelles, etc.). **Le cadre de travail est le réceptacle à l'intérieur duquel vont s'imprimer le contenu, les enjeux, les matériaux propres au transfert du patient ainsi que ceux du contre-transfert du psychothérapeute.**

Le cadre de travail en psychothérapie psychodynamique favorise la manifestation du transfert du patient, car tôt ou tard ce transfert vient se frotter ou se heurter aux règles de cet encadrement. C'est effectivement très fréquemment en réaction à certains aménagements du cadre que le patient transfère les matériaux les plus significatifs. Dans l'exemple que j'ai proposé, le patient réagit fortement à l'annonce de l'annulation des deux rencontres par le psychothérapeute. De même, on peut croire que, anticipant l'absence à venir du psychothérapeute, le patient a tôt fait de se sentir mis de côté par le psychothérapeute, qui bouge un élément du cadre en annonçant son départ non prévu pour un congrès très important à ses yeux. Le patient transfère alors des enjeux majeurs sous la forme d'une perte de motivation dans la poursuite de sa psychothérapie. Il reste à mettre en lien une chaîne d'associations d'idées concernant ce psychothérapeute/père accaparé par le congrès/travail, et qui n'a pas le temps de porter attention à son patient/fils.

Le rôle du cadre de travail

Le rôle du cadre de travail consiste d'abord à définir les balises qui vont construire l'espace thérapeutique et le délimiter. Le cadre de travail a donc pour première fonction de permettre à la relation thérapeutique de demeurer une relation thérapeutique, c'est-à-dire réparatrice.

L'encadrement thérapeutique génère la création d'un moment et d'un lieu réservés au déploiement et à l'exploration de la dynamique du transfert/contre-transfert.

Établir un cadre ne sert pas seulement à poser des règles et à énoncer les consignes à respecter en psychothérapie : le cadre de travail fait aussi office de réceptacle permettant aux différents enjeux du transfert/contre-transfert de prendre racine au sein de l'espace thérapeutique. Un autre rôle du cadre consiste à sécuriser le patient en fixant les balises d'une relation inhabituelle, grâce aux règles et aux consignes qui guideront le patient vers un investissement allant dans le sens de la psychothérapie, ou prenant parfois d'autres directions qui permettront au psychothérapeute d'intervenir et d'interpréter les différentes réactions du patient face à cet encadrement. Certains éprouvent de l'inconfort à l'idée d'être « encadrés » ; alors ils se plaignent des aménagements du cadre, jusqu'à ce que le psychothérapeute perçoive le sens de leur gêne.

Pour d'autres, une psychothérapie « par le cadre » se met en place, c'est-à-dire que chaque petit ou grand changement relatif aux éléments du cadre fait apparaître des résistances manifestes au traitement. Parfois, le patient teste toutes les limites du cadre en cherchant les failles de la psychothérapie ou du psychothérapeute, afin de les mettre en échec et de démontrer que rien ne tient ni ne résiste face à sa conviction que personne ne peut l'aider à guérir ses blessures et sa souffrance ; ce comportement d'autosabotage destructeur vise à conforter le patient dans sa croyance qu'il ne peut obtenir aucune aide. Il peut aussi être le fait d'un patient déterminé à prouver sa supériorité. La « psychothérapie par le cadre » concerne souvent des patients d'aménagement structurel « états limites » et surtout souffrant d'un trouble de personnalité « borderline », qui deviennent facilement indisciplinés devant les encadrements rigides et impartiaux. Ces patients vont tout faire pour détruire le cadre en tentant de le réaménager à leur manière.



Peu importe le type de patient que nous sommes : le cadre de travail nous fait réagir. Ces réactions vont de l'indifférence à l'angoisse en passant par exemple par une détresse se manifestant par de la colère et même une rage meurtrière dans les cas extrêmes. Je souhaite simplement illustrer le fait que chacun réagit au cadre à sa façon ; il s'agit de traiter ces réactions au « cas par cas ». Reste qu'un psychotique ne réagira pas comme le névrotique, et *vice versa*...

Ainsi, chacun présente son propre *gabarit* psychique¹⁶. Chacun possède un profil de personnalité dont la structure ou l'aménagement structurel contient des traits de personnalité associés audit gabarit. Chacun décompense aux couleurs de son propre et unique drapeau. La plupart des aménagements caractériels ont peu de tolérance à la frustration et exigent des plaisirs sans attente, ce qui les conduit dans l'*agir*. Chacun se désorganise à sa façon avec les moyens à sa portée, y compris ses mécanismes de défense !



La décompensation

De l'épanouissement à la dépression sévère, il y a un continuum de possibilités, en lien avec chaque structure de personnalité, dont la manière de se désorganiser est propre à chacune. Par exemple, un aménagement schizo-affectif de type paranoïde présente à travers sa folie une « décompensation » grave reliée à une production théâtrale totalement différente d'une névrose aux couleurs obsessionnelles compulsives. Ici, le personnage « schizo-affectif » n'a que faire de vérifier si les portes et les fenêtres

sont bien verrouillées. En revanche, contrairement au profil dit « obsessionnel compulsif », le « schizo-affectif » pourra chercher éperdument à combler le vide existentiel profond qui l'habite, au risque même d'aller s'échouer sur les rives agitées d'une psychose carabinée ! Vous aurez compris que le terme « décompensation » est lié à une désorganisation de l'appareil psychique. La décompensation évoque également un « trop-plein » qui déborde ou menace de déborder. On peut alors affirmer que chacun décompense à sa façon si son appareil psychique se désorganise. Enfin, soulignons les dépressions : elles peuvent être majeures aussi bien chez les psychotiques que chez les névrotiques ou même chez les « états limites ». La souffrance est cependant difficilement évaluable ; selon ma propre observation, on peut éprouver une souffrance inhumaine quelle que soit la structuration de sa personnalité.

Des outils nécessaires pour le psychothérapeute

Le cadre thérapeutique constitue un *coffre à outils* nécessaire au psychothérapeute et à la psychothérapie psychodynamique. Parmi les éléments du cadre de travail, nous retrouvons d'abord les modalités relatives à l'horaire, à la durée et à la fréquence des sessions de psychothérapie. Puis le cadre clarifie les honoraires, le mode de paiement et sa fréquence, ainsi que les ententes relatives au paiement des rendez-vous manqués.



Les rendez-vous manqués

La grande question concernant les rendez-vous manqués (« séchés » ou oubliés) est de savoir si le patient doit ou non les régler. Le raisonnement à l'œuvre derrière la règle du

paiement des sessions manquées est que le psychothérapeute réserve une plage horaire à son patient ; s'il ne le prévient pas de son absence et ne se présente pas à son rendez-vous, cette plage horaire est perdue, puisque le psychothérapeute n'a pas le temps de remplacer le patient. En fait, le patient dispose habituellement d'un délai d'une semaine pour prévenir le psychothérapeute d'une absence, puisqu'il est responsable de la plage horaire qui lui est réservée. Par ailleurs, certains psychothérapeutes ne facturent pas à leurs patients les rendez-vous manqués.

Le cadre de travail inclut également le *consentement éclairé*, c'est-à-dire que le psychothérapeute doit informer le patient de l'approche thérapeutique qu'il utilise tout en présentant les autres principales approches en psychothérapie. Ensuite est élaboré le *contrat thérapeutique*, document consignant les modalités essentielles du cadre de travail et qui doit être signé par le patient et le psychothérapeute. Ce contrat ne devrait laisser aucune ambiguïté sur laquelle des résistances au traitement pourraient prendre racine.

De façon plus spécifique, le psychothérapeute doit tenir compte et appliquer une *alliance thérapeutique*, c'est-à-dire que le psychothérapeute doit faire alliance avec les parties saines du patient, qui vont dans le sens de l'équilibre et de ce qui est bon pour lui, c'est-à-dire tout ce qui favorise le rétablissement. Aussi le psychothérapeute doit-il faire appliquer la « Règle fondamentale¹⁷ » au patient, qui doit dire tout ce qui lui vient à l'esprit sans discrimination. Ensuite, le psychothérapeute doit veiller à observer une *neutralité bienveillante* à l'égard de son patient, ce qui revient à ne pas impliquer sa propre personne dans le processus thérapeutique.

Un autre outil consiste en l'utilisation de l'*attention flottante*, qui doit permettre au psychothérapeute d'accorder la même attention à l'ensemble du discours verbal et non verbal du patient, sans rechercher la confirmation d'hypothèses émises par lui. Il va de soi que le psychothérapeute doit observer la

règle d'abstinence, non seulement en ce qui a trait aux transferts amoureux et/ou érotisés, mais encore en ce qui concerne l'ensemble des enjeux liés à son contre-transfert, qu'il doit savoir contenir et ne pas « agir » à l'intérieure de l'enceinte thérapeutique.

Ces règles et outils garantissent une relation thérapeutique et non amicale ou autre. Cet encadrement que l'on qualifie de « thérapeutique » protège la relation entre le patient et son thérapeute des accrocs et des dérapages que d'autres types de relations peuvent générer. **Le cadre de travail a été expressément conçu à cette fin : préserver la relation d'aide des remous propres à d'autres formes de relations,** pour éviter que le transfert soit simplement répété au lieu de trouver sa solution, ou à tout le moins pour panser (*penser*) le maximum de maux dans l'espace thérapeutique.

Encadrer une dynamique de transfert/contre-transfert

Le contre-transfert du psychothérapeute a également besoin d'un cadre de travail afin d'éviter qu'il serve des *interprétations sauvages*, habituellement présentes dans le contexte de relations interpersonnelles autres que thérapeutiques.



L'interprétation sauvage

Une interprétation sauvage, c'est une intervention formulée de façon trop directe pour la personne qui devrait en principe l'accueillir. Il s'agit d'une intervention malhabile habituellement exprimée par une personne de l'entourage immédiat de l'individu qui en fait l'objet. Parfois, il arrive aussi à un psychothérapeute d'aller maladroitement « chatouiller »

des enjeux trop fragiles ou trop sensibles chez son patient, qui réagit généralement très mal à ce type d'intervention. Les interprétations sauvages ne sont pas acceptables, car elles ne respectent pas le rythme de l'individu concerné et font violence à son appareil psychique, qui généralement s'en défend.

L'important est de retenir que le cadre de travail en psychothérapie psychodynamique permet d'accueillir la dynamique du transfert/contre-transfert, qui, ainsi contenue, peut *rejouer des scènes des théâtres personnels* du patient. Ces scènes se réparent en partie grâce à une *catharsis* qui s'exerce lorsqu'une charge émotive se libère chez le patient, qui retrouve un certain équilibre grâce à la libération de cette tension. Par la suite, le patient se libère de différents autres conflits psychiques internes, car la *répétition* de ses *théâtres* offre l'occasion au psychothérapeute d'en formuler une nouvelle compréhension grâce à ses interprétations et à ses autres interventions.

Lorsque le patient intègre une nouvelle compréhension des principaux enjeux de ses *théâtres personnels*, certains conflits psychiques n'ont plus de raison d'être. Par extension, certains symptômes de son mal-être sont dépouillés de leur pertinence ; alors, le patient se rétablit peu à peu. Habituellement, lorsque les maux n'ont plus de raison d'être, ils quittent et libèrent le patient. Les *mots* chassent en quelque sorte les *maux*.



La catharsis

La catharsis libère une tension psychique contenue dans certains enjeux inconscients lorsqu'ils trouvent leur solution. Cette catharsis correspond à la libération de l'énergie réprimée ou sous pression qui se relâche à travers une

décharge de tension. Il s'agit d'un des objectifs de la psychothérapie. Habituellement, lorsque l'un des éléments du transfert rencontre un sain dénouement, il n'a plus de raison d'être ; alors il cesse d'exister, en libérant entre autres l'énergie jusque-là captée par les mécanismes de défense destinés à contenir les enjeux transférentiels conflictuels. Une fois l'énergie libérée, elle se trouve disponible pour gérer d'autres aspects de la vie du patient.

IV.

La fonction thérapeutique

Le psychothérapeute doit faire « office » de fonction thérapeutique en protégeant l'aspect réparateur d'une démarche ouverte d'esprit et libre de jugement. La fonction thérapeutique, c'est savoir se comporter en portant une partie de l'autre en soi.



En plus de se référer constamment au cadre de travail de la psychothérapie pour mener celle-ci, le psychothérapeute exerce une fonction dite « thérapeutique ». Ce concept ne confère toutefois pas au psychothérapeute un pouvoir thérapeutique différent des autres êtres humains. En revanche, en agissant toujours en vue de procéder à l'analyse des contenus du transfert du patient, ainsi que de ceux de son propre contre-transfert, le psychothérapeute exerce un mandat ou plutôt une *fonction thérapeutique* qu'il devra honorer au cours du processus thérapeutique.

Le gardien des enjeux du transfert/contre-transfert

Cela va de soi, le psychothérapeute doit manifester un respect strict du transfert de son patient. En fait, il doit non seulement le respecter, mais aussi tout mettre en œuvre pour favoriser son sain déploiement. Il n'est pas question ici de provoquer un transfert en agissant de telle ou telle façon pour le faire apparaître, mais plutôt de **favoriser l'instauration de l'espace thérapeutique pour voir éclore puis se développer ce fameux transfert.**

Le psychothérapeute détient donc un mandat de « gardien du transfert » du patient. C'est en accueillant ce transfert sans jugement, sans idées préconçues ou préjugées que le psychothérapeute protège les différentes *mises en scène* et les différents *scénarios des théâtres* de son patient. Pour ce faire, le psychothérapeute doit constamment ramener le patient à lui-même au moyen d'interventions du type : « Comment vous sentez-vous dans cette situation ? Qu'est-ce que cela vous fait vivre intérieurement ? Quelles images vous viennent spontanément à l'esprit ? Parlez-moi davantage de ce que vous avez éprouvé à ce moment », etc.

Protéger les *mises en scène* et les *théâtres* du patient implique aussi que le psychothérapeute sache gérer et contenir son

propre contre-transfert afin de ne pas gêner le bon déroulement du traitement. Comme nous l'avons vu précédemment, le contre-transfert est un outil de travail pour le psychothérapeute. Il a pour principale fonction de donner des indications sur la situation ainsi que sur l'état du patient. Comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est à travers une *résonance* émotionnelle, pulsionnelle, affective et cognitive que le psychothérapeute peut se servir de son contre-transfert comme instrument de travail, pour ensuite raisonner, à l'aide d'une libre association d'idées, les matériaux qu'évoque le patient.

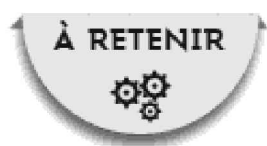
En revanche, le contre-transfert n'est pas toujours évident à gérer, ni à contenir d'ailleurs. Le contre-transfert amène parfois le psychothérapeute à porter des charges émotionnelles excessives qui chercheront à s'exprimer d'une façon ou d'une autre. D'autres fois, c'est le monde pulsionnel du psychothérapeute qui menace de déborder. Soulignons simplement ici que le contre-transfert, outil de travail du psychothérapeute, peut se transformer sans crier gare à un bulldozer prêt à tout démolir : un contre-transfert qui n'est pas contenu et géré de façon adéquate peut conduire le thérapeute à *agir* de manière aussi efficace qu'un chien dans un jeu de quilles. Voyons maintenant comment un contre-transfert trop déroutant pour le psychothérapeute peut agir au cœur du contexte thérapeutique.

L'« agir », ou des scénarios catastrophes

Le psychothérapeute a le devoir de maîtriser son contre-transfert puis d'assurer et d'assumer la plus saine gestion de son contenu. Cela dit, il arrive tout de même parfois que le thérapeute ne réponde plus à ce mandat en agissant de différentes façons non thérapeutiques avec son patient. **On parle alors de l'« agir contre-transférentiel », c'est-à-dire que le psychothérapeute « agit » son contre-transfert dans l'espace thérapeutique au lieu de le gérer de façon**

adéquate – ce qui revient à passer du « résonnement » au « raisonnement », même s'il s'agit là d'une analyse réductrice, car l'activité mentale du psychothérapeute ne fonctionne pas seulement sur des raisonnements. Disons que le thérapeute peut se montrer parfois réactif aux matériaux du patient, mais que la plupart du temps il réfléchit énormément pour élaborer des hypothèses multiples correspondant aux différents maux du patient.

Lorsque le psychothérapeute passe du « résonnement » à l'« agir », il peut aller jusqu'à saboter la possibilité de réparer certains enjeux extrêmement sensibles du transfert. L'« agir » du psychothérapeute ne fait alors que renforcer le caractère répétitif de ce qui devient maintenant un pseudo-transfert répétant les patrons comportementaux habituellement reproduits dans des relations autres que thérapeutiques. Par ailleurs, en « agissant » son contre-transfert, le psychothérapeute conforte son patient dans l'idée, souvent inconsciente, que son transfert contient des enjeux irréparables qui se répéteront sans cesse durant son existence. Suite à un abus par exemple, le patient risque de surcroît de ne plus jamais vouloir faire appel à un autre psychothérapeute pour le reste de son existence, ce qui est catastrophique.



L'agir contre-transférentiel

Parfois, le psychothérapeute ne réagit pas de façon adéquate lors de la construction d'un espace qui devait devenir thérapeutique mais, pour une raison ou une autre, ne le deviendra pas. Un des contre-transferts difficiles à gérer pour le thérapeute est le transfert amoureux. En effet, ce dernier fait du thérapeute l'objet d'une multitude de flatteries généralement accompagnées d'une très grande idéalisation de la part du patient, qui charme sans relâche son

thérapeute. Celui-ci ne doit pas céder aux multiples invitations à transgresser le cadre thérapeutique. Les transferts fortement érotisés sont également très pénibles à gérer pour le psychothérapeute. Et voilà que le principal instrument de la psychothérapie, c'est-à-dire le thérapeute, qui n'est pas infallible, en vient parfois à céder à une tentation quelconque. Il peut aussi s'agir d'un comportement violent à l'égard d'un patient ou de tout autre geste transgressant manifestement le contexte thérapeutique. Eh oui ! Les psychothérapeutes sont également humains, ce qui les expose à commettre des erreurs plus ou moins grandes, plus ou moins graves et plus ou moins importantes. Certains thérapeutes doivent d'ailleurs rendre des comptes devant leur conseil de l'ordre. Parfois, la faute commise correspond à un délit pouvant être condamné par la loi – par exemple, un psychothérapeute qui use de sa notoriété pour profiter d'une façon ou d'une autre de ses patients.

La *catharsis* et la capacité d'*insight*

Pour qu'un transfert trouve sa solution, le psychothérapeute doit faire usage de tous les outils mis à sa disposition, dont les aménagements du cadre thérapeutique et l'ensemble des éléments contenus dans son contre-transfert. D'autre part, pour qu'il y ait *catharsis*, le psychothérapeute doit intervenir chez le patient au moment où celui-ci présente un *insight* suffisant pour faire le lien relatif à l'enjeu exploré ou interprété. C'est le psychothérapeute qui fournit les interprétations nécessaires et suffisantes pour qu'un conflit psychique interne n'ait plus de raison d'être au sein de l'appareil psychique du patient. Rappelons qu'une fois que l'énergie d'un conflit psychique refoulé est libérée elle redevient disponible pour le patient, qui se sent peu à peu beaucoup plus léger et se gonfle d'énergie à investir de façon saine, en maintenant de bonnes habitudes qui facilitent son rétablissement ou sa résilience.



La capacité d'*insight*

L'*insight* est la capacité de donner du sens et de faire les liens nécessaires pour comprendre et intégrer les interprétations et autres interventions du psychothérapeute. Il s'agit là d'une des raisons pour lesquelles une personne désorganisée et délirante ne doit pas entreprendre une démarche thérapeutique avant d'avoir retrouvé son équilibre. En effet, la psychothérapie exige que le patient présente cette habileté à comprendre et à intégrer les matériaux que le psychothérapeute apporte par ses interventions et ses interprétations. Le patient doit présenter un niveau de lucidité, de jugement et de discernement suffisant pour accueillir et intégrer la psychothérapie.

Le comportement thérapeutique, ou savoir donner l'exemple

L'« agir », ou *acting out*, du psychothérapeute crée une interférence néfaste dans la construction de l'espace thérapeutique. Prenons un exemple concret concernant l'agir contre-transférentiel du psychothérapeute. Imaginons l'interférence que peut générer une aventure sexuelle entre un psychothérapeute et sa patiente. C'est un exemple plutôt « cliché », mais qui nous montre bien que les dommages peuvent se révéler irréparables. L'*acting out* d'un psychothérapeute qui se livre à un rapport sexuel avec une patiente réduit aussitôt considérablement si ce n'est complètement la possibilité pour elle de s'engager dans une voie saine lui permettant de comprendre et d'élucider une partie de son transfert amoureux. Imaginez une patiente qui souffre d'une impression que les hommes ne font que la « consommer » sexuellement... Pour certaines femmes, cette

impression tourne parfois à la conviction, c'est-à-dire qu'elles sentent que les hommes n'ont d'attrait pour elles que parce qu'elles présentent des attributs sexuels intéressants. Ces femmes se sentent choisies « pour leur physique » et non pour leurs qualités sur le plan humain.

Étudions le cas d'une patiente qui, par-dessus le marché, a été froidement abusée par son père lorsqu'elle est entrée dans la puberté. Imaginons que cette femme a été abusée de l'âge de 12 à 15 ans par son père et qu'elle a ensuite été séduite par un oncle très proche de la famille, avec lequel elle a entretenu des relations sexuelles de 15 à 17 ans. Pour faire une histoire courte d'un drame inacceptable, disons que l'oncle a mis la jeune fille à l'écart au moment où elle lui déclarait son amour. Au jour de ses 18 ans, elle recevait en guise de cadeau d'anniversaire un test de grossesse positif : elle était alors enceinte de son premier amant, un homme qui ne l'appréciait que pour ses attraits féminins, et qui la dénigrait sur les autres plans. L'enfant n'avait que quelques semaines lorsque cet homme, décidément instable et irresponsable, est parti sans laisser la moindre explication. Vous imaginez la suite...

La jeune mère monoparentale a connu dès lors une succession d'hommes inintelligents, ne sachant pas plus les uns que les autres comment nourrir l'estime de cette mère ni celle de l'enfant grandissant. Elle-même laissait son amour-propre mourir de soif plutôt que de l'arroser de compliments et de petites attentions, comme une jolie fleur qui a besoin d'eau pour vivre. Elle entretenait la croyance qu'elle ne valait pas grand-chose et qu'elle ne devait pas se montrer trop difficile en matière d'hommes, se considérant déjà comme chanceuse d'en rencontrer, même si elle ne recevait en retour que déception, rejet et autres souffrances.

Comment imaginer qu'elle pourrait assainir ses relations avec le monde des hommes suite à la relation sexuelle qu'elle vient de connaître avec son thérapeute, qui tente à présent de lui expliquer pourquoi ils doivent mettre fin à leur relation thérapeutique – qui n'en est plus une ? Oui, cette femme aura

bel et bien vécu ici une répétition de ses patterns, et elle tournera probablement le dos à l'expérience très amère d'une relation thérapeutique finalement plus destructrice que réparatrice. Elle n'aura retiré de l'aventure que le fait d'avoir plu sexuellement à un psychothérapeute qui aura endossé le rôle d'un *acteur du théâtre* de cette patiente. Elle se redit finalement que les hommes ne cesseront jamais de la traiter comme un objet sexuel. Au fond, cette expérience n'a rien de différent avec ce qu'elle a l'habitude de vivre et d'endurer. Elle se promettra de ne jamais plus perdre la face, de l'argent et son temps dans une psychothérapie. Voilà une patiente que nous avons « gâchée ».

D'autres formes d'« agir » sont beaucoup plus subtiles. Prenons l'exemple d'un psychothérapeute qui donne par erreur rendez-vous à deux patients sur la même plage horaire : cette action peut troubler profondément un patient aux prises avec une importante blessure de loyauté ou encore avec une blessure narcissique. Enfin, le psychothérapeute peut commettre plusieurs maladresses s'il ne se montre pas assez vigilant dans la gestion de son contre-transfert. Rappelons que, dans le développement de la dynamique du transfert/contre-transfert, **le psychothérapeute porte la responsabilité de bien orchestrer la lecture du transfert** – cela va de soi –, mais aussi de son contre-transfert, qui, géré sainement, peut dénouer les enjeux les plus importants des mouvements de cette dynamique.

À bien l'observer, le contre-transfert coûte beaucoup d'énergie au thérapeute, mais n'est-ce pas la raison pour laquelle on le paie ? Au cœur d'un contre-transfert peut régner tantôt le calme d'une méditation zen, tantôt la plus pure folie. Le contre-transfert comporte aussi son lot de chaos, de dysharmonie ou parfois de rage, de désespoir et d'amertume. Il peut devenir l'ennemi numéro un du psychothérapeute s'il n'est pas bien contenu et bien géré. Pas étonnant que certains psychothérapeutes tentent de le liquider plutôt que de recourir à lui comme instrument de travail !

Le thérapeute doit être celui qui donne l'exemple, un modèle comportemental auquel le patient pourra se référer. Examinons maintenant une situation thérapeutique dans laquelle le psychothérapeute se sert de son contre-transfert pour dénouer des enjeux significatifs, en permettant au patient de s'ouvrir la piste d'une solution réparatrice dans un contexte qui est pratiquement toujours demeuré pour lui sans issue.

Une psychothérapeute expérimentée face à une supervision nécessaire

Une femme se présente pour une consultation au cabinet d'une thérapeute de renom qui l'accueille comme il se doit, c'est-à-dire avec respect et bienveillance. La psychothérapeute présente d'abord les premiers aménagements de l'encadrement à respecter pour cette première rencontre. Ensuite, elle explique qu'elle doit procéder à un ou deux entretiens de convenance pour s'assurer que la dame peut entreprendre une psychothérapie psychodynamique.

La femme, âgée de 34 ans, acquiesce à cette formule sans lâcher une seconde du regard la psychothérapeute, qui éprouve intérieurement une impression étrange. La thérapeute pense en elle-même qu'elle n'a jamais rencontré une patiente aussi intensément attentive aux détails non verbaux, ce qui lui cause un certain inconfort. C'est donc dans la plus grande économie de mouvements que la psychothérapeute demande à la jeune femme ce qui l'amène à consulter. Celle-ci déclare tout d'abord :

« C'est la première fois de mon existence que je consulte une psychothérapeute, parce que je n'y crois pas. Je ferai tout ce que vous me demanderez, mais vous ne pouvez pas me venir en aide. Ce n'est pas que je sois un cas désespéré, mais vous ne pourrez rien changer à mon état, ni à ma situation. Par contre, je peux vous assurer que je serai en tout temps honnête et transparente... Alors votre

règle “machin”, j’accepte de m’y conformer au maximum de mes capacités pour répondre aux attentes de ce traitement. Je tente le coup cette fois-ci, mais je continue de ne pas y croire. »

La psychothérapeute est plutôt perplexe devant cette femme qui semble si sûre d’elle-même. Mais en même temps, elle aperçoit la lueur d’un défi à relever qui l’anime et la rend impatiente de connaître l’histoire de cette dame si « intense ». Le contre-transfert de la thérapeute est activé d’emblée par les premiers mots de sa future patiente, d’ores et déjà « acceptée », soit dit en passant, par la psychothérapeute, qui adore relever des défis – ce qui embrouille son discernement face à cette personne affirmée.

La femme précise ses motivations à consulter en expliquant qu’elle n’a rien à voir avec la plupart des humains qui vivent sur la Terre. Elle ajoute qu’elle n’a connu personne qui partage son profil et son destin. Cette femme dit avoir une lucidité sans borne qui laisse les autres trop loin derrière elle. Elle n’a jusqu’alors jamais rencontré quelqu’un pour l’accompagner dans son chemin. Elle vient consulter pour cette raison. Elle ne parvient pas à éprouver d’intérêt suffisant à l’égard d’un tiers pour s’engager dans une relation, amicale ou amoureuse, alors elle fait « cavalier seul ».

La thérapeute réfléchit un moment, puis elle « reflète » qu’il ne doit pas être facile de connaître une solitude et un isolement aussi profond d’un point de vue existentiel. La jeune femme lui répond en lui disant que la solitude est sa meilleure amie, car elle ne sera jamais trahie en demeurant seule. Elle rapporte avoir longuement observé les relations affectives entre les hommes et les femmes, et que l’essentiel peut se résumer au mensonge et à la trahison. Elle dit que les membres d’un couple parviennent rarement à se respecter suffisamment pour demeurer ce qu’ils sont individuellement de façon authentique. Chacun cultive son jardin secret et ses mystères, qu’on ne doit pas voir ni questionner. Alors, selon elle, les autres se trompent d’une façon ou d’une autre en ne demeurant pas eux-mêmes en toutes circonstances, comme ils

le devraient.

La psychothérapeute se demande intérieurement ce qui a pu la blesser au point qu'elle développe cette rigidité affective et cognitive à l'égard des relations humaines. En revanche, la thérapeute doit bien reconnaître que la femme n'a pas tort quant au jeu de dupes que constituent souvent les rapports amoureux ou amicaux. Mais, se dit-elle, duper et être dupé, n'est-ce pas là une des caractéristiques de l'homme ? La patiente serait-elle différente des autres ? Serait-elle sans faille du point de vue de l'authenticité ? Peut-être n'est-elle pas humaine ou inhumaine, songe la thérapeute.

La future patiente raconte, comme pour répondre aux réflexions intérieures de la psychothérapeute, qu'elle ne s'intéresse à aucun humain, puisqu'elle considère qu'aucun humain n'est valable à ses yeux. Elle dit être en quête du sens de sa vie depuis l'âge de 4 ans. Elle voit les *êtres humains* comme des instruments de musique désaccordés qui sonnent tous faux. Selon elle, aucun humain mis sur sa route n'a valu la peine qu'elle s'y arrête pour tenter de développer avec lui une relation égalitaire basée sur la confiance, le respect, l'authenticité et la vérité, qui devrait en principe fonder chaque relation humaine. Consciente que la psychothérapeute ne peut rien faire pour changer la nature de l'humanité, elle répète à l'occasion qu'elle ne croit pas à cette psychothérapie.

C'est alors que la psychothérapeute lui demande si elle considère qu'une relation thérapeutique constitue une relation humaine. La femme se précipite pour répondre par l'affirmative : voilà d'ailleurs la raison pour laquelle elle n'y croit pas plus qu'à tout le reste ! Mais elle a entendu parler de cette psychothérapeute de renom qu'elle a finalement décidé de consulter en dernier recours, comme pour donner une ultime chance au destin avant de fermer définitivement la porte aux relations humaines significatives et de se cloîtrer dans un célibat radical pour le restant de ses jours. La psychothérapeute réfléchit tandis qu'un silence de plus en plus dense s'installe entre elle et la jeune femme. La

thérapeute se dit que le suivi de cette patiente sera très lourde et qu'elle impliquera une profonde responsabilité humaine et existentielle, mais son être tout entier lui enjoint d'accepter cette patiente.

La psychothérapeute consent donc à prendre la jeune femme comme patiente, même si cette dernière semble convaincue que la psychothérapie ne peut pas lui venir en aide. La thérapeute ne peut tout simplement pas passer à côté de ce qu'elle considère comme *le* défi ultime qui couronnera sa carrière. Elle compte cesser de pratiquer bientôt ; d'ailleurs, elle ne devait plus prendre de nouveau patient. Cette psychothérapeute a toujours su saisir et relever les défis, ce qui la stimule vivement. Mais, contrairement à son habitude, elle éprouve une réserve inconsciente dans l'assurance qu'elle affiche ; sous son aplomb légendaire, un doute parvient à fracturer la censure de son appareil psychique...

La thérapeute s'interroge sur l'économie de mouvements qu'elle s'est consciemment commandé d'adopter durant la session. Elle questionne vraiment son comportement, car elle en a vu d'autres... Elle se persuade qu'elle s'est contenue physiquement pour laisser davantage de « place » à cette patiente, qui, trouve-t-elle, offre une intensité fabuleuse et tétanisante. Va-t-elle tenter de désarmer sa thérapeute pour valider sa certitude qu'elle ne pourra pas l'aider à régler son problème ? La psychothérapeute pense beaucoup à cette patiente : elle a quelque chose de différent qui la bouleverse, et elle s'installe dans l'idée qu'elle terminera sa carrière en beauté en portant secours à cette femme.

Cette patiente capable de méduser sa psychothérapeute présente en fait un niveau d'intelligence très élevé, ce qui ne devrait pas lui poser de problème pour se lier à ses pairs. Le véritable problème est qu'elle ne présente pas seulement une intelligence cognitive très élaborée : elle est tout simplement douée dans l'ensemble des sphères qui touchent aux « intelligences multiples ». C'est ce qui fait d'elle un être à part, doté d'une capacité de jugement extrêmement juste et subtile. En quoi est-ce un problème ? C'est qu'elle méprise les

gens qui l'entourent, car elle les considère comme des êtres incomplets, mais surtout dissonants. Et elle n'aime pas ce qui est faux.

La patiente affiche un sentiment de supériorité face à l'ensemble des humains qu'elle a côtoyés jusqu'à présent. Elle ne se voit pas vivre une relation amoureuse ni consentir à une quelconque intimité avec quelqu'un ; tout ce qu'elle peut faire est feindre de ne pas éprouver de mépris pour l'autre. Elle est prise dans un piège qui exerce de plus en plus de pression sur elle à mesure que le temps passe. Ce piège n'est pas seulement celui de la solitude : c'est celui de la solitude irrémédiable, avec personne vers qui se retourner, puisque la personne se convainc qu'il ne vaut pas la peine de gaspiller son énergie face à des êtres faibles, faux, incomplets...

Au cours de la deuxième rencontre, la patiente fait largement état de sa situation et de sa condition, qu'elle qualifie paradoxalement d'« inhumaine ». Bien que la psychothérapeute reconnaisse qu'il s'agit effectivement d'une situation insoutenable et inacceptable, elle éprouve tout de même un regain d'énergie : au lieu de s'apitoyer sur l'existence de sa patiente, elle se flatte de pouvoir mettre fin à ses souffrances. Que se passe-t-il dans son esprit ? Elle fonce tout droit vers un panneau de circulation « sens unique » qui devrait lui faire comprendre qu'elle roule à contresens, c'est-à-dire qu'elle a la nette impression d'être à la hauteur de la situation.

La psychothérapeute surévalue ses capacités réelles, car elle ne sait pas du tout où elle va avec sa patiente. Est-ce que le sentiment de supériorité de sa patiente l'aurait quelque peu contaminée ? Observez ici que la psychothérapeute se situe non pas à un niveau rationnel ni réflexif, mais plutôt à un niveau réactif : elle réagit – ou plutôt surréagit – face au défi que représente le fait de solutionner le problème de sa patiente. S'agirait-il d'une identification au sentiment de supériorité de sa patiente ? La psychothérapeute aurait-elle quelque chose à se prouver pour couronner sa carrière ? Cela peut-il être en lien avec la difficulté que lui cause

l'interruption d'une carrière à laquelle une partie d'elle semble définitivement attachée ?

Comme vous pouvez le constater, le contre-transfert peut nous conduire à des impasses ; l'important est de se laisser imprégner par ce transfert, de s'y laisser submerger complètement s'il le faut – mais on doit en revenir. La psychothérapeute risque de perdre beaucoup d'énergie à tenter de trouver des solutions à un *faux* problème. Lorsqu'on s'égare dans des élans dont on réalise qu'ils sont réactionnels, il faut garder un pied sur le frein puis se questionner rationnellement ou réfléchir une bonne fois pour y voir plus clair. Et si l'on persiste à ne pas comprendre où on va, il faut alors se tourner vers la supervision. Notre thérapeute n'a toutefois pas encore réussi à envisager cette étape, encore trop inscrite qu'elle est dans la certitude de parvenir à ses fins...

Mais racontons donc le dénouement de l'histoire, car le développement, vous le connaissez déjà : un transfert est en train de se *rejouer* dans une enceinte qui va lui permettre de se reproduire, comme une photo à partir d'un négatif. Ne reconnaissant pas ses propres limites, la psychothérapeute tentera par mille et un moyens de cacher ses imperfections à sa patiente ; elle ne veut pas reconnaître qu'elle est impuissante à régler le problème de cette femme. Elle veut à tout prix finir une carrière parsemée de coups d'éclat sur le *coup* d'éclat ultime... qui représentera pour elle un *coût* très élevé.

La psychothérapie s'est rapidement engagée dans une impasse : la thérapeute était tellement déterminée à réussir à aider sa patiente qu'elle en oubliait d'utiliser ses outils. Elle continuait d'abord à pratiquer une économie de mouvements, ce qui aurait dû lui mettre la puce à l'oreille. Mais surtout, elle « agissait » son contre-transfert au lieu de l'analyser, au lieu de l'interpréter. Elle ne parvenait pas à reconnaître qu'elle était impuissante à aider cette personne ; car la psychothérapeute n'entrevoyait en fait aucune solution, aucune issue capable de réparer – au lieu de *répéter* – ce

transfert d'une femme qui, vibrant avec la perfection d'un Stradivarius, se trouvait au beau milieu d'êtres dissonants et faux comme des instruments désaccordés...

La patiente exprima le souhait de mettre un terme à cette psychothérapie inefficace après environ deux mois d'un travail infructueux à l'occasion duquel elle se racontait, livrant un récit de son histoire qui ne semblait intéresser que la psychothérapeute. Alors, consciente que cela ne la menait nulle part, elle se dit qu'il était temps de mettre un terme à sa psychothérapie.

Cette annonce a profondément choqué la psychothérapeute, comme si elle venait de se faire heurter par un poids lourd. En revanche, et contre toute attente, elle n'a pas nié que la thérapie piétinait. Elle a même dit à sa patiente qu'elle était tellement déterminée à lui venir en aide qu'elle en avait perdu ses repères ; alors, elle s'est engagée à consulter un superviseur avant de mettre un terme définitif à la psychothérapie, ce que la jeune femme a accepté.

Le superviseur a commencé par reconstruire une psychothérapeute atterrée par ce qui était en train de lui arriver. Ce superviseur a su trouver les mots pour aider sa cliente à retrouver sa vigueur et sa fierté, en l'amenant simplement à comprendre que cette situation était le piège le plus évident dans lequel une si prodigieuse professionnelle pouvait tomber en fin de carrière. Comment aurait-elle pu ne pas retenir sa respiration et ne pas se montrer si stoïque et immobile face à la demande d'une patiente si *complète* ? Le superviseur lui indiqua que l'*économie de mouvements* à laquelle elle s'était résolue dès les premiers instants constituait à elle seule un condensé de la psychothérapie à venir.

La psychothérapeute aurait dû avertir la patiente qu'elle éprouvait devant elle un inconfort qui l'amenait parfois à retenir pratiquement son souffle pour ne pas perturber son discours. Du même coup, elle lui aurait démontré que dans le monde imparfait des êtres humains, nous avons le droit d'être

parfois dissonants ; le problème, c'est de le rester quand on s'en rend compte. Il aurait alors suffi d'éduquer cette patiente afin qu'elle comprenne les raisons sous-jacentes aux comportements perçus par elle comme étant ou sonnant *faux*. La psychothérapeute réalise qu'elle aurait fait preuve d'authenticité face à sa patiente, ce qui aurait commencé à déconstruire, à petite échelle, le piège géant qui l'attendait par la suite, c'est-à-dire le désir d'être la meilleure des thérapeutes, celle qui est sans faille et qui sait amener son patient à se raconter. La supervision a permis à la psychothérapeute de saisir que sa patiente ne voulait pas se raconter : elle désirait connaître quelqu'un de vrai, d'authentique.

En supervision, la psychothérapeute a compris que la demande formulée par la patiente devait être revue : très vaste, elle aurait dû être davantage clarifiée. Que désire-t elle, quelles sont ses attentes ? Aimerais-elle rencontrer un être humain sans faille, tout à fait vrai et authentique ? Ou désire-t elle apprendre à vivre avec des humains qui sonnent peut-être « faux », mais qui sont suffisamment « vrais » pour le reconnaître ?

V.

La dynamique du transfert/contre-transfert dans la construction de l'espace thérapeutique

L'espace thérapeutique se construit autour du transfert / contre-transfert, par-delà un trait d'union entre l'activité mentale du patient et celle du thérapeute. C'est donc un espace intersynaptique.



La construction de l'espace thérapeutique est un processus complexe qui vise à constituer la structure maîtresse, la charpente même de la psychothérapie. Cette construction de l'espace thérapeutique s'effectue au moyen et à partir du perpétuel mouvement de la dynamique du transfert/contre-transfert, qui est une sous-structure de la situation thérapeutique. Comme il y a rarement de structure sans cadre, l'espace thérapeutique a besoin d'un encadrement pour accueillir le transfert du patient ainsi que le contre-transfert du psychothérapeute. Comme nous l'avons vu plus haut, sans cet encadrement, il deviendrait difficile de maintenir une relation thérapeutique, et nous risquerions de répéter des enjeux du transfert au lieu de les mettre au jour.

Nous verrons plus bas que l'espace thérapeutique est un lieu très particulier, dont je définirai certaines caractéristiques ; mais disons dès à présent que **cet espace constitue un vaste réceptacle où les enjeux de la dynamique du transfert/contre-transfert sont censés se loger pour s'y déployer et se réorganiser au mieux**. La construction de l'espace thérapeutique permet une exploration de ces enjeux en profondeur. L'espace thérapeutique favorise d'abord l'identification des enjeux par une reconnaissance de leur présence au sein de la dynamique. Cette construction favorise aussi l'exploration des fonctions de ces enjeux, c'est-à-dire qu'elle permet un éclaircissement des motifs de l'existence de ces enjeux. En revanche, il n'est pas question de chercher à les comprendre seulement par la raison : il s'agit plutôt de construire une vision globale impliquant les différents rôles que ces enjeux peuvent *jouer* dans le contexte de la psychothérapie. En résumé, nous questionnons l'organisation de l'univers du patient en construisant brique par brique une structure unique, à l'image des *théâtres personnels* du patient.



L'espace thérapeutique

L'espace thérapeutique ne correspond pas au lieu où se situe le cabinet privé du psychothérapeute. L'espace thérapeutique correspond davantage à un lieu de « rencontre psychique » provenant de l'activité mentale du patient et du psychothérapeute. C'est aussi le lieu qu'on qualifie parfois de « contexte » ou de « situation thérapeutique ». Cet espace thérapeutique, ou mieux cet « espace-temps thérapeutique », s'élabore en fait hors du temps et de l'espace de la réalité mesurable en termes de dimensions métriques ou chronologiques. Nous pouvons affirmer que les influx nerveux du cerveau se produisent en millisecondes, mais l'espace et le temps de l'activité mentale du psychothérapeute et de son patient ne sont ni observables ni mesurables. Il n'en demeure pas moins que, même si l'espace thérapeutique n'est pas palpable, il implique tout de même l'encadrement que nous avons vu plus haut. Le cadre et l'espace thérapeutique doivent être inséparables pour permettre au patient de « jouer son rôle » dans ce qui peut devenir la plus grande « représentation théâtrale » qu'il aura « mise en scène » à travers le déploiement de son transfert. Cette « re-présentation » ne se fera toutefois pas sans l'aide d'un thérapeute qui, muni de son « coffre à outils » et de sa sensibilité intuitive, tiendra compte de son contre-transfert, qu'il aura soin de passer sous la loupe de son autoanalyse et des supervisions.

Le psychothérapeute a pour *rôle* d'accueillir l'histoire du patient en « résonance contre-transférentielle » avec les vibrations et les énergies du transfert dans le lieu de rencontre *interpsychique* et *intrapsychique* qu'est l'espace thérapeutique. Chacun des protagonistes participe à la construction de ce grand vase-contenant qui est en réalité irréprésentable, mais thérapeutique (réparateur). Le

psychothérapeute tient certes un *rôle* impliquant de très lourdes responsabilités lorsqu'il participe à cette construction déterminante d'un point de vue éthique et déontologique ; mais encore, ce thérapeute a la responsabilité d'accompagner un humain dans sa quête de mieux-être. Quant à lui, le patient doit faire acte de foi pour se laisser diriger par ce thérapeute. Chacun démontre beaucoup de courage dans ses *rôles* et fonctions.

D'un point de vue existentialiste, le psychothérapeute reçoit un mandat engageant sa responsabilité humaine de représenter un modèle pour le patient. Ainsi, **le psychothérapeute doit constamment se remettre en question afin de présenter la plus grande ouverture possible pour accueillir la personne qui vient le consulter.** Dans le cas du thérapeute qui a consommé une relation sexuelle avec sa patiente, disons qu'il l'a *cueillie* au lieu de *l'accueillir*... Et nous aurons perdu cette patiente qui répétera probablement ses blessures dans d'autres relations, et ce pour le reste de son existence. Voilà un exemple de l'implication existentialiste du thérapeute.

Par extension, je désire souligner au passage que nous n'abordons que très peu souvent la dimension de la spiritualité dans les considérations théoriques et pratiques de la psychanalyse et des psychothérapies analytiques. Pourtant, j'ai la nette impression que la psychothérapie elle-même est en lien avec les aspects spirituels et profondément humains qui sous-tendent l'élaboration des actes à poser pour construire... cette structure, cette enceinte, ce contexte, cette situation, ce lieu sans véritable espace, ce temps sans chronicité, ce vase-contenant, ce bassin de l'inconscient, etc. que représente l'espace thérapeutique. Puisqu'il s'agit d'activités mentales, de la rencontre de l'activité mentale de l'un et de l'autre dans ce trait d'union de la relation thérapeutique, donc dans un lieu de la psyché se situant hors du temps et de l'espace, considérons l'espace thérapeutique comme un endroit *sacré* !

Attention, je n'ai ni l'intention ni la prétention de mettre

quelque aspect religieux que ce soit en lien avec l'exercice de la psychothérapie. Je considère seulement que l'espace thérapeutique implique une proximité humaine et existentielle profonde à laquelle on devrait témoigner autant de respect qu'à tout ce qui est sacré. Prenons pour exemple le confessionnal : la personne judéo-chrétienne qui se présente au confessionnal s'attend à ce que le prêtre agisse en toute confidentialité, cela va de soi. En psychothérapie, c'est la même chose – à vrai dire on recueille dans cette proximité interpsychique et intrapsychique des confidences dont même le prêtre ne bénéficie pas... Je lance seulement la réflexion. En effet, je considère que l'espace thérapeutique pourrait faire office de *temple psychique sacré* du patient. Pour utiliser une image, nous devrions enlever nos grosses chaussures avant d'entrer dans un territoire qui pourrait être sacré pour la personne qui nous y accueille – c'est-à-dire le patient !

Une question d'espace et de temps

L'espace thérapeutique représente une dynamique en mouvement aux dimensions temporelles multiples. D'abord la dimension du temps « quotidien », qui orchestre une grande part de nos activités : nous sommes tellement régis par le « tic-tac » du quotidien que la montre en devient un accessoire superflu. Il nous arrive même de nous réveiller une minute avant que le réveil sonne le matin ! Il faut être très arrimé au temps pour en arriver là. Pourquoi se réveille-t-on parfois juste avant la sonnerie du réveil ?

Le temps pourtant mesurable qui nous sépare d'un événement qu'on évoque en soi d'une façon mnémonique quelconque est nécessairement altéré par nos perceptions et nos interprétations, par l'idée ou la représentation qu'on se fait de cette réalité historique, donc cependant réelle. **Nos valeurs, nos préjugés, nos croyances, nos attitudes, nos comportements influencent notre vision du temps en ce qui concerne nos souvenirs** ou plutôt la représentation mnémonique que nous en construisons dans l'« ici et

maintenant ». Imaginons à présent les traces mnésiques qu'a laissées notre prime enfance (0 à 5 ans). L'espace et le temps sont relatifs selon l'individu, qui demeure particulier et unique.

Par ailleurs, nous ne semblons pas posséder une mémoire, mais *des* mémoires. Par exemple, lorsque je repense à la scène où j'ai aperçu dans sa tombe une petite amie âgée de 5 ans, je ne la perçois plus de la même façon que lorsque j'avais 5 ans, ni de la même façon que lorsque j'avais 8 ans, 10 ans, etc.



Les activités mnémoniques

Les activités mnémoniques du cerveau sont en lien avec notre mémoire, avec nos souvenirs. L'activité mnémonique, c'est se remémorer une « situation-souvenir » à l'intérieur de notre cerveau. La question qui se pose est la suivante : est-ce que nos souvenirs respectent la réalité de la situation-souvenir ? La réponse est non. La mémoire est biaisée par un nombre important de facteurs. Au niveau cérébral, la mémoire n'implique pas seulement le néocortex, mais également le système limbique, puis le cerveau reptilien (primitif). Pensons à l'effet des émotions sur nos souvenirs. Oui, la mémoire est altérée. Pensons à la fatigue et à la vieillesse, ou à l'état d'ivresse ou d'intoxication par des drogues qui viennent altérer parfois de façon importante nos perceptions.



Le temps relatif à l'espace thérapeutique

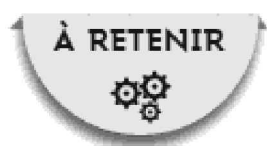
Le temps est un élément déterminant pour la psychothérapie. Il y a le temps que contient l'entretien, qui correspond habituellement à quarante-cinq minutes par rencontre. Il s'agit là de la durée d'une séance de psychothérapie, mais il y a aussi le temps lié à la fréquence des rencontres et à la durée de la psychothérapie. Par ailleurs, le contexte thérapeutique évoque plusieurs références au temps – par exemple le temps accordé au silence, à l'évocation d'un souvenir qui sort de la chronologie historique réelle du patient, etc. Aussi ajoute-t-on parfois quelques éléments à nos souvenirs, avant de les mettre en doute : est-ce que cela s'est bel et bien déroulé comme ceci ou comme cela, par exemple ?

Puis il y a des temps variables, c'est-à-dire des temps qui appartiennent à des *remémorations sans souvenir* par exemple. Nous pouvons parfois humer une odeur très ancienne qui nous ramène chez grand-maman à une époque où nous étions tout jeunes, mais sans avoir le moindre souvenir de ce que nous y faisions. D'autres fois, nous ne sommes même pas conscients de ce qui nous hante, mais une colère nous habite, comme si nous avions déjà vécu la même expérience, et pourtant aucun souvenir ne se présente à notre mémoire. Voilà, c'est une mémoire sans souvenir concret de la ou des *scènes* évoquées. D'autre part, la nature ou plutôt la forme de la représentation d'un souvenir n'a pas la même prégnance selon la charge plus ou moins importante de conflits psychiques non résolus et/ou de traumatismes qu'elle implique. Au quotidien, cela se traduit par des souvenirs oscillant entre des éléments sains et rassurants, réconfortants, et des éléments angoissants, parfois terrifiants...

Le temps ne semblera pas le même selon que nous vivons un stress important ou un moment de détente apaisant. Le concept du temps fait appel à la perception, qui est par définition une *représentation* du monde, pour ne pas dire une *interprétation* du monde. **Le temps contenu à l'intérieur de l'espace thérapeutique varie selon la teneur des matériaux qui y sont traités.** Dans une psychothérapie, le

temps peut sembler court ou long. Par exemple, certaines séances paraissent durer longtemps, alors qu'à un autre moment on peut éprouver l'impression de ne pas avoir eu le temps de voir passer le temps.

Le temps est tout aussi relatif quand il s'agit de comparer les perceptions de l'un avec celles de l'autre. Enfin, le temps associé aux souvenirs, aux anecdotes, aux rêves ou encore aux phantasmes, en passant à travers les filtres de la perception et de l'interprétation de chacun, se révèle carrément élastique.



Perception, représentation et interprétation

Le filtre perceptif est variable d'une personne à l'autre : il génère une représentation et une interprétation biaisées d'une même situation. En psychothérapie, ce qui fait interférence dans les perceptions, c'est le vécu, les croyances, les valeurs, les préjugés, les attitudes, etc. Ces filtres perceptifs vont plus ou moins influencer l'individu au niveau de sa perception, de sa représentation et de son interprétation d'une même situation thérapeutique et d'un même contexte thérapeutique qui sera perçu d'une autre manière par un autre patient.

Nous avons saisi que l'espace thérapeutique transcende le temps réel. Le temps relatif à cette *dimension* présente en fait des variations considérables. L'espace et le temps relatifs au contexte thérapeutique ne correspondent que partiellement aux lieux et aux moments réels de la rencontre en psychothérapie. L'espace thérapeutique se produit dans des échanges de stimulations et d'inhibitions électro-chimiques et intersynaptiques impliquant l'activité de certains réseaux neuronaux des cerveaux du patient et du psychothérapeute.

Voilà le lieu réel de l'espace thérapeutique, composé de liens microscopiques transférant des courants électriques plus ou moins chargés en lumière et en éléments chimiques (calcium, sodium, potassium, etc.). Ces connexions synaptiques se produisent en temps réel à des vitesses calculées en millisecondes.

Différents neurotransmetteurs sont stimulés ou inhibés lors des échanges neuro-chimiques, notamment la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, etc. En fait, j'ouvre tout un champ d'observation pour finir par vous dire que, même si on le voulait, on ne pourrait observer aucun élément lié à l'espace thérapeutique dans tous ces échanges microscopiques. Rappelons-nous simplement que les matériaux psychiques, qu'ils soient mnésiques ou qu'ils relèvent de nos idéations pré/in/conscientes, peuvent être rattachés à des espaces et à des temps fort variés. Il en va de même pour la réflexion qui se trouve au cœur de l'activité mentale du patient et du psychothérapeute.

C'est en réalité dans l'esprit du patient, puis dans celui du psychothérapeute ainsi que dans le trait d'union de leur rencontre, que l'espace thérapeutique se dessine. Dans cette dynamique du transfert générant un contre-transfert sont impliquées des connexions mnémoniques, c'est-à-dire la mémoire, qui réfère comme nous l'avons vu à toutes sortes de dimensions en termes d'espace et de temps. C'est ainsi que se concrétise la fabuleuse rencontre du transfert et du contre-transfert.

Conclusion

Comme nous l'avons vu dans ce livre, le phénomène humain du transfert et du contre-transfert soulève plusieurs enjeux ; il peut se transformer en occasion de réparation de blessures et de souffrances et/ou en possibilité d'« apprendre à (mieux) vivre avec »... La résolution parfois seulement partielle de certains conflits psychiques internes et/ou de traumatismes ouvre la voie au rétablissement, qui, comme dans la plupart des activités thérapeutiques, demeure également partiel. Ce qui reste significatif et qui constitue la source de motivation la plus importante est l'orientation de l'aspect *réparateur* des psychothérapies vers une amélioration de la qualité de vie du patient.

Suite à la lecture de ce volume, nous pouvons concevoir que chaque individu est unique et présente un transfert particulier nécessitant d'ériger la construction également unique d'un espace thérapeutique. Par ailleurs, certains transferts et contre-transferts sont plus difficiles et/ou complexes à gérer que d'autres, ce qui nécessite une vigilance accrue de la part du psychothérapeute, qui doit bien se connaître – ce qui implique qu'il ait nécessairement consulté lui-même avant d'exercer. Le thérapeute doit aussi se faire un devoir d'aller consulter un superviseur qui l'éclairera dans ses activités thérapeutiques.

Dans une psychothérapie, le transfert signale la présence de différentes difficultés relatives à la santé mentale de la personne, santé qui, sur un continuum, va de saine et équilibrée à pathologique et désorganisée – on a alors affaire à une décompensation de l'appareil psychique –, selon notre structure de personnalité. Entre ces pôles extrêmes, il existe tout un éventail d'états de santé mentale possibles. Une bonne connaissance de la dynamique du transfert/contre-

transfert puis l'expérience de la gestion d'enjeux relatifs à cette dynamique permettent de construire avec le patient un espace thérapeutique (réparateur) adéquat qui sera adapté en fonction de chaque patient, puisque chacun projette un transfert unique.

Ces enjeux, nous devons d'abord les reconnaître, les identifier. C'est en les nommant et parfois en les dénonçant que le patient, accompagné par le thérapeute, pourra en explorer les principales implications en relation avec les mondes émotionnel, affectif, pulsionnel, cognitif, etc. du patient. Une fois que cette exploration devient active et manifeste, les raisons qui motivaient ces enjeux et les fonctions qu'ils occupaient en viennent à perdre leur raison d'être ; on peut alors voir se creuser une brèche chez le patient, qui se dirige graduellement vers le mieux-être.

Cette conclusion étant faite, il reste maintenant à ouvrir un maximum de psychothérapeutes et autres « agents de rétablissement » à la dynamique du transfert/contre-transfert, afin de reconsidérer la pertinence de ce phénomène avant tout humain et d'en tenir compte, pour le placer cœur de la pratique clinique.

Bibliographie

Bergeret, Jean, *La Personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Dunod, 3^e éd. (1996).

Faimberg, Haydée, « À l'écoute du télescopage des générations : pertinence psychanalytique du concept », in *Topique*, vol. XLII, p. 223-238.

Freud, Sigmund, « De la psychothérapie », in *La Technique psychanalytique*, PUF, 1977, p. 9-22.

Freud, Sigmund, « La dynamique du transfert », in *La Technique psychanalytique*, PUF, 1977, p. 50-60.

Freud, Sigmund, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », in *La Technique psychanalytique*, PUF, 1977, p. 61-71.

Freud, Sigmund, « Le début du traitement », in *La Technique psychanalytique*, PUF, 1977, p. 80-104.

Freud, Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot (2013).

Heimann, Paula, « Conter-Transference », in *British Journal of Medical Psychology*, The British Psychological Society, vol. XXXIII, p. 9.

Hétu, Jean-Luc, *La Relation d'aide, éléments de base et guide de perfectionnement*, Gaëtan Morin, 5^e éd. (2014).

Isaacs, Susan, « Nature et fonction du phantasme », in *Développement de la psychanalyse*, Melanie Klein, Paula Heimann, Joan Riviere et Susan Isaacs, PUF, coll. « Quadrige

Grands Textes » (2009).

Jung, Carl Gustav, *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Gallimard, coll. « Folio Essais » (2012).

Jung, Carl Gustav, *Introduction à l'essence de la mythologie*, Petite Bibliothèque Payot (2001).

Klein, Melanie, *La Psychanalyse des enfants*, PUF, coll. « Quadrige Grands Textes » (2009).

Klein, Melanie, *Le Transfert et autres écrits*, PUF (2001).

Klein, Melanie, *Envie et gratitude et autres essais*, Gallimard (1992).

Parat, Catherine, « À propos de la thérapeutique analytique », in *Revue française de psychanalyse*, vol. LV, p. 303-324.

Racker, Heinrich, « Transfert et contre-transfert », in *Études sur la technique psychanalytique*, préface de Leon Grinberg et Rebecca Grinberg, Cesura Lyon (2000).

Searles, Harold Frederic, *Le Contre-transfert*, Gallimard, coll. « Folio Essais » (2005).

Thomas, Marie-Geneviève, *Psychogénéalogie*, l'héritage invisible, Jouvence.

Glossaire

Agir contre-transférentiel : L'« agir » contre-transférentiel correspond à un *passage à l'acte* du thérapeute qui présente un comportement et/ou des attitudes qui vont à l'encontre d'un sain déploiement du processus thérapeutique comme d'avoir une relation sexuelle avec un patient. Cet « agir » représente souvent une mauvaise gestion de certains éléments du contre-transfert du thérapeute en les actualisant dans la relation avec le patient, au lieu de les analyser.

Approche systémique : L'approche systémique en psychothérapie vise à accompagner le patient dans la gestion de ses difficultés tout en tenant compte des liens qu'il entretient avec des relations découlant des différents systèmes gravitant autour de lui, comme les systèmes qui impliquent la famille, les amis ou des collègues de travail, etc. L'exercice de l'approche systémique implique la confection d'un « génogramme » qui sert de médium visuel pour se représenter la qualité des liens que le patient entretient relativement à l'ensemble des systèmes dans lesquels il s'inscrit.

Catharsis : La catharsis représente une décharge de tension libérant de l'énergie qui devient disponible pour autre chose que ce qui générerait cette tension. Ça pourrait être par exemple une situation anxiogène qui mobilisait des défenses en réalisant une dépense ou une perte d'énergie générée par cette mobilisation du système de défenses. Une fois la tension libérée par des interventions du thérapeute, l'énergie se libère pour être disponible pour d'autres situations à gérer.

Clivage : Le clivage consiste à ne percevoir que les aspects opposés d'une même réalité, selon qu'elle soit perçue de façon idéalisée et bienveillante ou qu'elle soit perçue de façon destructrice et malveillante. L'individu qui procède par

clivage de la réalité ou des relations d'objet perçoit habituellement la vie en générale de façon dichotomique comme étant soit totalement positive, nourrissante et apaisante ou soit négative, destructrice, oppressante et méprisable.

Contre-transfert : Le contre-transfert correspond à l'ensemble des réactions du psychothérapeute relativement au transfert du patient. Le contre-transfert pourra être soit rationnel, réactif ou réflexif pour apporter un nouvel éclairage sur le transfert du patient. Le psychothérapeute doit procéder à la gestion de son contre-transfert qui est semblable à une incubation des matériaux qu'éveillent différents aspects du transfert chez le psychothérapeute.

Décompensation : La décompensation correspond à une désorganisation de l'appareil psychique qui s'accompagne, entre autres, d'une détérioration du système de défense qui n'est plus efficace. Un individu dont la structure de personnalité est psychotique vivra une perte plus ou moins importante de contact avec la réalité. Puis, l'état limite connaîtra potentiellement une détérioration de la qualité de ses relations interpersonnelles qu'il vivra de façon clivée, c'est-à-dire extrêmement idéalisées ou complètement mauvaises. Enfin, la personnalité névrotique connaîtra l'angoisse et l'insatisfaction dans différentes couleurs selon la catégorie à laquelle l'aménagement structurel sera inscrit, c'est-à-dire obsessionnel/compulsif, névrose d'angoisse ou l'hystérie de conversion.

Espace thérapeutique : L'espace thérapeutique ne représente pas l'endroit où se déroule la psychothérapie, mais plutôt les liens et les échanges entre le thérapeute et son patient qui s'exercent à réparer des blessures du patient ou à consolider sa capacité à composer avec ces blessures. L'espace thérapeutique est également synonyme de l'enceinte, la situation ou le contexte thérapeutique.

Fantasme : Le terme fantasme réfère à des désirs habituellement rattachés à la sexualité et l'érotisme. Ça

pourra être pour un homme de désirer faire l'amour à deux femmes en même temps. Voilà pourquoi on différencie les deux termes, car le fantasme commun n'est pas en lien avec le fantasme psychanalytique, sinon lors d'un transfert amoureux dirigé sur la personne du thérapeute.

Insight : L'insight signifie qu'une personne peut établir un lien entre des éléments qui ne semblaient pas liés auparavant. Savoir reconnaître des liens suite à des interventions et des interprétations du thérapeute constitue une habileté nécessaire pour participer à une psychothérapie psychodynamique.

Interprétation sauvage : Une interprétation sauvage est une rétroaction qui trouble l'appareil psychique de quelqu'un qui n'est pas préparé à recevoir ce matériel. Il peut s'agir soit d'une maladresse d'un thérapeute ou de la formulation d'une personne de l'entourage. L'interprétation est dite sauvage, car elle fait très souvent violence sur l'appareil psychique de la personne qui mobilise ses défenses parfois de façon carabinée.

Interpsychique : J'ajoute ce terme qui n'existe pas afin de rendre compte d'une activité psychique représentant l'échange ou le trait d'union entre l'activité mentale du thérapeute et celle du patient qui se croisent et se rencontrent entre deux aires d'activités intrapsychiques. Intrapsychique : L'activité intrapsychique correspond à tout ce qui émerge de la pensée du patient et du psychothérapeute. Cette activité interne cérébrale couvre autant la pensée consciente que préconsciente et inconsciente qui se déroule dans l'esprit du patient ou de son psychothérapeute.

Névrotique : Comme pour le monde des psychotiques, le monde des névrotiques présente cette structure de personnalité utilisant des mécanismes de défense plus efficaces et moins coûteux que ceux du psychotique, en termes d'énergie psychique. La structure de personnalité névrotique correspond à la structure la plus évoluée que puisse présenter un humain. Par contre, bien que l'individu

demeure en contact avec la réalité, il peut présenter une désorganisation vraiment essoufflant comme de vérifier l'ensemble des serrures des portes et volets d'une maison plusieurs fois avant d'être certains que rien n'a été oublié. On parlera ici d'une personnalité névrotique obsessionnelle/compulsive, mais il y a aussi les névroses d'angoisse, ainsi que l'hystérie de conversion au tableau. Fait à noter, sans toutefois généraliser, les individus névrotiques sont davantage relationnels que les personnes présentant une structure de personnalité *psychotique*.

Phantasme : Le mot phantasme correspond à ce que le patient peut déployer en termes de désirs/craintes entourant la psychothérapie et à travers la relation thérapeutique. Par exemple, une patiente émet en fantaisies l'idée que je cache des patientes derrière la porte d'une garde-robe et qu'elle sera la prochaine à se joindre au groupe. En terme symbolique, elle était en train de m'amener à l'attacher à moi ce qui peut hypothétiquement signifier qu'elle désirait/craignait de s'attacher au thérapeute et de ne pas en revenir. Puis elle parlera bientôt d'anciens désirs homosexuels et de passage à l'acte qu'elle a connu étant plus jeune, est-ce à relier la porte de la garde-robe pour signifier encore un désir/crainte de « *sortir de la garde-robe* », signifiant ses propos à travers ce phantasme de patiente d'une psychothérapie.

Psychotique : Le terme *psychotique* réfère à une structure de personnalité possédant ces propres mécanismes de défense et sa propre façon d'interagir dans ses relations significatives. Plusieurs catégories et sous-catégories appartiennent au registre du monde du *psychotique*, comme les *schizophrénies* et la *paranoïa*. Lorsqu'une personne dite *psychotique* se désorganise ou décompense selon le terme psychiatrique, puis que l'individu se retrouve en état de *psychose*, cette personne peu perdre contact avec la réalité en présentant des délires et/ou des hallucinations qui ne correspondent pas à cette réalité. Par contre, comme pour le monde des *névrotiques*, une personne psychotique n'est pas

nécessairement malade. Plusieurs passent leur vie sans connaître la moindre désorganisation.

Refoulement : Le refoulement représente un mécanisme de défense permettant d'occulter certaines situations trop éprouvantes pour l'appareil psychique qui jette un voile sur les affects et la mémoire rattachés aux événements qui passent sous la censure de l'inconscient qui renvoie la situation en question au registre des oublies, c'est-à-dire que l'individu n'a plus accès à ce matériel occulté pour la conscience.

Relation objectale : Une relation d'objet ou dite objectale correspond au mode relationnel d'une personne à l'égard de l'autre qui sera psychiquement et inconsciemment conçu de façon globale, partielle ou morcelée. « L'autre » en question représente toute personne significative pour l'individu. Généralement, ce sont les personnes dont les aménagements structurels sont névrotiques qui tendent à reconnaître l'autre dans une représentation psychique la plus complète et globale. Chez les états limites, l'objet (l'autre) n'est que partiellement conçu comme étant soit bon ou soit mauvais (voir [le clivage](#)). L'état limite recherche habituellement une relation fusionnelle qui devient trop souvent duelle en générant de l'opposition lorsque l'individu passe de l'idéalisation au mépris de l'autre. Pour sa part, le psychotique cherche à rassembler le morcellement rattaché à la conception de l'autre pour en faire un objet plus global, mais qui apparaît généralement encore plus partiel que chez les états limite. En fait, chez le psychotique, l'autre est généralement psychiquement conçu comme une extension de soi correspondant à un « *Moi/Tout* » qui n'est pas véritablement différencié entre le Moi du psychotique et l'autre qui forme une seule et même entité ou disons unité indifférencier.

Voici un truc pour vous souvenir des différentes de relations objectales selon les structures de personnalité. Le monde psychique du psychotique est indifférencié de l'autre qui est conçu comme une extension de lui-même. Comme la

différenciation est minime, disons que nous retrouvons une seule cellule, une seule unité du Moi/Tout qui englobe l'autre. Il s'agit d'une symbiose représentant le chiffre un (1). Pour sa part, l'état limite est différencié de l'autre, même s'il ne demeure que partiellement conçu ; nous sommes alors dans le chiffre deux (2) qui représente soi-même et l'autre comme étant distincts. Le niveau névrotique, qui présente les structures les plus élaborées, l'individu est non seulement différencié de l'autre, mais reconnaît l'implication d'un tiers qui occupe une place importante dans l'esprit et le monde affectif de l'autre. Nous sommes alors en présence de trois (3) entités distinctement différenciées.

Remémoration sans souvenir : Parfois une odeur nous amène directement chez grand-mère, sans que nous puissions définir une scène de quoi que ce soit à part cette odeur qui est sans réels souvenirs autres que la cuisine chez grand-maman.

Somesthésie : Le terme somesthésie correspondant à notre sixième sens perceptif qui regroupe l'ensemble des capteurs sensoriels qui se situent à l'intérieur de notre corps, comprenant le système nerveux, les nerfs, les tendons, les muscles, puis les organes.

Souvenir-écran : Le souvenir-écran correspond à la remémoration d'une situation passée très ancienne qui est survenue lors de la prime enfance. Cette forme de souvenir est dite « écran », car le souvenir-écran réfère à des matériaux très riches en contenus et son interprétation révèle habituellement plusieurs enjeux déterminant dans la vie du patient, comme s'il s'agissait d'un écran de cinéma relatant la vie.

Stades psycho-sexuels : Sigmund Freud a observé que le développement psycho-sexuel de l'être humain comporte cinq phases auxquels les individus tentent de traverser tant bien que mal. Il s'agit des phases orale, anale, phallique, de latence, puis génitale. Parfois une personne peut rencontrer des difficultés avec une phase ou s'y fixe en boycottant ainsi

la possibilité de bien intégrer les prochaines. On dira par exemple qu'il est demeuré à l'élaboration de la phase orale par exemple. Cela pourrait vouloir dire que cet individu utilise des mécanismes de défense reliés à l'oralité, par exemple.

Télescopage intergénérationnel : Le télescopage intergénérationnel réfère à des conflits non-résolus, des non-dits, des cachoteries, renfermant parfois des *cadavres*, des choses qu'on a dû cacher. Notre inconscient porterait de ces silences qui nous rejoignent parfois, mais d'une légèreté allant jusqu'à l'emprunte qu'on porte soi-même, pour parfois trois ou quatre générations antérieures. Pensons par exemple à ce que portent les enfants des guerres à travers le monde.

Transfert : Le transfert en psychothérapie correspond à ce que le patient a tendance à répéter dans ses relations significatives passées ou présentes. Chaque individu tend à reproduire des « patrons » comportementaux, des attitudes, un vécu qui se veulent autant de chances de réparation de blessures et de souffrances apparues au cours du développement de la personne. Le transfert c'est ce que le patient reproduit en mettant en scènes des *scénarios* et des situations jouant des difficultés de ce patient qui projetera tantôt les principaux enjeux de sa souffrance sur la personne du psychothérapeute et à l'intérieure de la relation thérapeutique qui doit réparer ces enjeux, afin d'en libérer le patient.

Psychodynamique : Le terme psychodynamique réfère à une dimension psychique qui est en mouvement. On parlera de l'approche psychodynamique qui correspond à un processus thérapeutique qui remet en mouvement les enjeux rattachés au transfert du patient.

Notes

1. L'utilisation du genre masculin ne se veut pas discriminatoire et englobe le genre féminin.
2. Klein, Melanie (1951), *Les Origines du transfert*, communication au XVII^e Congrès international de psychanalyse d'Amsterdam, 5-12 août 1951, in *Revue française de psychanalyse*, vol. XVI, n° 1, p. 204-214 (1952).
3. Racker, Heinrich (1968), « Transfert et contre-transfert », in *Études sur la technique psychanalytique*, préface de Leon Grinberg et Rebecca Grinberg, Césura Lyon (2000).
4. Heimann, Paula (1949), « Contre-Transference », in *British Journal of Medical Psychology* (1960).
5. Jung, Carl Gustav (1941), *Introduction à l'essence de la mythologie*, Petite Bibliothèque Payot (2001).
6. Isaacs, Susan (1948), « Nature et fonction du phantasme », in *Développement de la psychanalyse*, Melanie Klein, Paula Heimann, Joan Riviere et Susan Isaacs, PUF, coll. « Quadrige Grands Textes » (2009).
7. Bergeret, Jean (1974), *La Personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Dunod, 3^e éd. (1996).
8. Klein, Melanie (1932), *La Psychanalyse des enfants*, PUF, coll. « Quadrige Grands Textes » (2009).
9. Faimberg, Haydée (1988), « À l'écoute du télescopage des générations : pertinence psychanalytique du concept », in *Topique*, vol. XLII, p. 223-238.
10. Freud, Sigmund (1917), *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot (2013).
11. J'emploie l'expression *Carpe diem* en référence à la maxime suivante : « Cueille le jour présent sans te soucier du lendemain. » Il s'agit d'une locution latine tirée d'un poème de Quintus Horatius Flaccus, mieux connu sous le nom d'« Horace » (65-8 av. J. C.).
12. Hétu, Jean-Luc (1982), *La Relation d'aide, éléments de base et guide de perfectionnement*, Gaëtan Morin, 5^e éd. (2014).

13. Si seulement cela était possible à moyen ou long terme ! Certaines personnes atteignent cet état en méditant, d'autres semblent y parvenir au moyen d'une concentration intense. Mais ce que je soulève ici, c'est l'état de disponibilité que nous devons présenter lorsque nous respectons la Règle fondamentale qui consiste à « associer » librement en laissant nos pensées défiler sans altérer leur mouvement ni perturber leur rythme.
14. Freud, Sigmund (1912b), « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », in *La Technique psychanalytique*, PUF (1977), p. 61-71.
15. Hétu, Jean-Luc (1982), *La Relation d'aide, éléments de base et guide de perfectionnement*, op. cit.
16. De l'épanouissement à la dépression sévère, il y a un continuum de possibilités dans la façon de se désorganiser selon l'aménagement structurel d'une personnalité qui nous est propre. Par exemple, un trouble schizo-affectif de type paranoïde présentera une décompensation à l'articulation *théâtrale* totalement différente d'une névrose aux couleurs obsessionnelles et compulsives. La personnalité « schizo-affective » n'a que faire de vérifier si les portes et les fenêtres sont bien verrouillées. En revanche, contrairement au profil dit « obsessionnel compulsif », le « schizo-affectif » cherchera éperdument un moyen pour combler le vide existentiel profond qui l'habite, au risque même d'aller s'échouer sur les rives agitées d'une psychose carabinée ! Celui-ci se sera auparavant quasi littéralement noyé dans une quête de sens qui deviendra une hémorragie de non-sens et donc la source d'une angoisse profonde.
17. Le patient devra s'exercer à respecter cette consigne, plus difficile à appliquer dans le face-à-face des psychothérapies que sur un divan. Avec un dispositif thérapeutique « face à face », contrairement au fauteuil/divan, la place du regard et du non-verbal vient moduler le discours du patient, qui peut être sensible aux échanges non verbaux tout en cherchant à s'y arrimer. Cela va à l'encontre de la Règle fondamentale, selon laquelle le patient doit idéalement verbaliser spontanément tout ce qui lui vient à l'esprit, sans discrimination aucune.